

Стоматологический научно-образовательный журнал

#1/2 2018



Стоматологический
факультет ПСПбГМУ
им. акад. И. П. Павлова

В НОМЕРЕ:

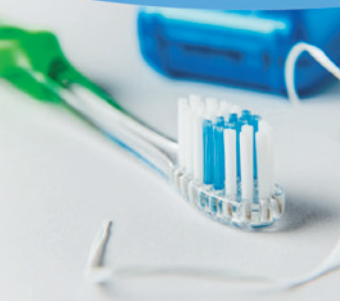
Эффективность использования средств оральной гигиены при лечении воспалительных заболеваний пародонта

Альвеолит: клиническая картина, степень тяжести течения и оценка эффективности лечения

Патология височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц в молодом возрасте

Лечение и особенности гигиены при пародонтите легкой и средней степеней тяжести

Подводя итоги: 13-я научно-практическая стоматологическая конференция «Февральские встречи в Петербурге»





С 2011 года выходит «Стоматологический научно-образовательный журнал». Учредителем издания является Стоматологический факультет 1-го СПбГМУ, что обеспечивает высокое качество публикуемых материалов. Достаточно сказать, что это первое из стоматологических изданий в России, которое вынесло в название слова «наука» и «образование». В редакционный совет входят известные и уважаемые профессионалы с мировым именем.

В информационном наполнении журнала активно задействован потенциал одного из ведущих российских ВУЗов – в нем находит отражение научно-исследовательская деятельность стоматологического факультета, публикуются результаты мировых научных исследований и актуальные образовательные материалы для студентов, методические материалы и практические разработки. Не оставлены без внимания и практические аспекты работы современного стоматолога с точки зрения использования новейших технологий и методик лечения.

Авторам: требования к публикациям

Включение журнала в международные системы цитирования подразумевает высокие требования к качеству научных статей и редакционной работе.

В журнале «Стоматологическое образование и наука» размещаются только авторские научные публикации, соответствующие целям и задачам нашей миссии.

Статьи публикуются в авторской редакции, без исправлений. Со стороны редакций возможна лишь техническая правка текста.

Редакция журнала не несет ответственности за недостоверные данные в статьях.

В редакцию направляются окончательные варианты статей, не требующих доработок. Авторы принимают на себя ответственность за достоверность сведений, изложенных в статье.

Статья принимается к публикации при условии размещения после ее заголовка аннотации (не более 8 строк) и ключевых слов.

К публикации принимаются статьи, оформленные в соответствии со следующими требованиями:

- 1) текст высылается отдельным файлом *.doc или *.rtf (возможна архивация WinZip или WinRar),
- 2) объем материалов от 2 (около 4000 знаков, в т.ч. пробелы) машинописных страниц,
- 3) текст статьи выполняется в редакторе Microsoft Word со следующим форматированием: шрифт - Times New Roman; основной текст – кегль 14; межстрочный интервал 1,5; верхнее и нижнее поля – 2,5 см; левое поле – 3 см, правое поле – 1,5 см; отступ абзаца – 1.25 см; ориентация страницы – книжная, без переносов, без постраничных сносок,
- 4) язык – русский, английский и другие языки вносятся в виде графического элемента,
- 5) рисунки, таблицы и графики – черно-белые, без заливки, возможна штриховка,
- 6) расположение и структура текста внутри статьи:
 - а) ФИО и сведения об авторе: ученое звание, ученая степень, место работы, учебы (жирным шрифтом, выравнивание по левому краю, курсивом, строчными буквами)
 - б) наименование статьи (по центру заглавными буквами, жирным шрифтом),
 - в) основной текст статьи (выравнивание по ширине),
 - г) рисунки и графики (распределить по тексту и сгруппировать),
 - д) литература и источники.

Информация об авторах, название, аннотация, ключевые слова и пристатейный библиографический список даются на русском и английском языках.

«Стоматологический
научно-образовательный журнал»
№1/2-2018

Тираж:

3 000 экземпляров

Периодичность:

4 номера в год

Распространение:

по подписке по всей России.

Учредитель:

Стоматологический факультет
СПб ГМУ им. акад. И. П. Павлова.
Свидетельство о регистрации
ПИ №ФС 77-51560 от 26.10.2012

Редакционный Совет:

Главный редактор –
проф. А.И. Яременко
Зам. главного редактора –
проф. С.Б. Улитовский

Редакционная коллегия:

Prof. R.V. Oppermann (Бразилия);
Prof. P. Preshaw (Великобритания);
Prof. J. Urena (Мексика);
Prof. P. Weigl (Германия);
Проф. РК Алиева (Азербайджан);
Проф. И.Н. Антонова (С.-Петербург)
Проф. А.В. Васильев (С.-Петербург);
Проф. И.А. Горбачева (С.-Петербург)
Проф. Л.А. Ермолаева (С.-Петербург)
Проф. Л.Е. Леонова (Пермь)
Проф. А.В. Митронин (Москва)
Проф. каф. Л.М. Мишнев (С.-Петербург)
Проф. А.К. Иорданишвили (С.-Петербург)
Проф. Л.Ю. Орехова (С.-Петербург)
Проф. Т.К. Сулиев (Казахстан)
Проф. Т.Б. Ткаченко (С.-Петербург)
Проф. В.Н. Трезубов (С.-Петербург)
Проф. Д.А. Трунин (Самара)
Проф. С.Б. Улитовский (С.-Петербург)
Проф. Г.А. Хацкевич (С.-Петербург)
Проф. А.И. Яременко (С.-Петербург)

Главный редактор:

Яременко И.А.

Адрес редакции:

197022, Санкт-Петербург,
ул. Л. Толстого, 6/8

Статьи, публикуемые в «Стоматологическом
научно-образовательном журнале»,
проходят рецензирование.

За все данные в статьях и информации
по новым медицинским технологиям
ответственность несут авторы публикаций
и соответствующие медицинские организации.

Перепечатка текстов и фотографий
без письменного разрешения запрещена.
При цитировании ссылка на журнал
обязательна.

Все рекламируемые товары и услуги имеют
необходимые лицензии и сертификаты,
редакция не несет ответственности
за достоверность информации,
опубликованной в рекламе.

Мнение редакции может не совпадать
с точкой зрения авторов статей.

ИССЛЕДОВАНИЕ

- С.Б. Улитовский, В.В. Тэц, А.В. Антипова, А.А. Доморад, О.М. Яковлева**
Эффективность использования средств оральной гигиены
при лечении воспалительных заболеваний пародонта **2**
- А.К. Иорданишвили, Н.В. Лысков, Н.В. Коровин,
М.И. Музыкин, А.А. Сериков, М.В. Жмудь**
Альвеолит: клиническая картина, степень тяжести течения
и оценка эффективности лечения **8**
- А.А. Сериков, А.К. Иорданишвили**
Патология височно-нижнечелюстного сустава
и жевательных мышц в молодом возрасте **12**
- А.Ю. Гулиева, Н.Ю. Шевелева**
Анализ уровня знаний о гигиеническом уходе за полостью рта
у младших школьников с нарушением слуха и их родителей ... **18**
- Улитовский С.Б., Калинина О.В.**
Анализ особенностей профилактики некариозных
поражений зубов в период беременности **22**

ГИГИЕНА И ПРОФИЛАКТИКА

- С.Б. Улитовский, А.В. Шевцов**
Очищающая эффективность зубных паст как критерий
выбора средств гигиены у ортодонтических пациентов **26**
- С.Б. Улитовский, А.А. Леонтьев**
Лечение и особенности гигиены при пародонтите
легкой и средней степеней тяжести **32**
- С.Б. Улитовский, Е.С. Алексеева, О.В. Калинина**
Десенсиитивные композиции СПЛАТ Иннова **38**

ТЕЗИСЫ

- Е.С. Сергеева, Л.А. Ермолаева, А.В. Беликов,
Д.Ю. Федотов, Ю.В. Семяшкина, М.М. Антропова**
Морфологические изменения слизистой оболочки
полости рта после воздействия диодного лазерного
излучения длиной волны 980 нм **17**
- Л.Ю. Орехова, И.А. Горбачева, Д.А. Попов,
Н.А. Яманидзе, Э.Н. Асфандиярова**
Роль дистальной ультразвуковой доплерографии в ранней
диагностике воспалительных заболеваний пародонта **40**
- В.С. Переверзев, В.С. Солдатов**
Патология зубов и пародонта у детей, страдающих
сахарным диабетом **42**
- С.Б. Улитовский, А.В. Антипова**
Исследование эффективности применения зубных паст
с разными активными компонентами **44**

ОРГВОПРОСЫ

- Васянина А.А.**
Особенности психологической подготовки детей
к лечению зубов **45**
- Л.Н. Солдатова, О.Н. Петрова**
Актуальные вопросы медицинского освидетельствования
при зубочелюстных аномалиях **48**
- А.К. Иорданишвили, В.А. Гук**
Влияние факторов летного труда на течение
патологии пародонта **52**

СОБЫТИЯ

- С.Б. Улитовский**
13-я научно-практическая стоматологическая
конференция «Февральские встречи в Петербурге» **56**

Анализ эффективности использования средств оральной гигиены при комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта

С.Б. Улитовский, проф., зав.каф.*¹

В.В. Тэц, проф., зав.каф.**¹

А.В. Антипова, ассистент*¹

А.А. Доморад, ст.н.с., к.б.н.**¹

О.М. Яковлева, вр.высш.кат.**¹

* Кафедра стоматологии профилактической,

** Кафедра микробиологии.

¹) ГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (197022, г. Санкт – Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6-8).

2

Аннотация

Воспалительные заболевания пародонта являются одними из наиболее часто встречающихся стоматологических заболеваний во всем мире. В связи с этим встает вопрос о поиске средств оральной гигиены, способных улучшить гигиенический и стоматологический статусы каждого пациента, тем самым повысив результативность проводимых профилактических и лечебных мероприятий при воспалительных заболеваниях пародонта.

Ключевые слова: воспалительные заболевания пародонта, средства оральной гигиены, зубная паста, индекс гигиены Грина-Вермиллиона, пародонтальный индекс РМА, микробиологическое исследование.

The analysis of efficiency of use of means of oral hygiene in the complex treatment of inflammatory periodontal diseases

S.B. Ulitovskiy, professor, head of the department*¹

V.V. Tetz, professor, head of the department**¹

A.V. Antipova, assistant*¹

A.A. Domorad, senior researcher, candidate of biological sciences**¹

O. M. Yakovleva, doctor of the highest category**¹

*Department of preventive stomatology,

**Department of microbiology.

¹) FSBEI HE «Academician I.P. Pavlov First St. Petersburg State Medical University» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, (197022, Saint – Petersburg, Lev Tolstoy Street, 6-8).

Abstract

Inflammatory periodontal disease is one of the most common dental diseases worldwide. In this regard, the question arises of finding oral hygiene products that can improve the hygienic and dental status of each patient, thereby increasing the effectiveness of preventive and curative measures for inflammatory periodontal disease.

Key words: Inflammatory periodontal disease, tools for oral hygiene, toothpaste, Green-Vermillion oral hygiene index, PMA gingival index, microbiological study.

Одной из главных причин возникновения и развития воспалительных заболеваний пародонта (ВЗП) является отсутствие полноценной, регулярной и тщательной гигиены рта [1,2,4,5,6,9]. Патогенная микрофлора рта провоцирует повреждение тканей пародонта, нарушение микроциркуляции в периферических сосудах пародонта, деструкцию костной ткани и вызывает негативные изменения в системе местного иммунитета полости рта [4-6,10-12]. Поэтому правильно организованная индивидуальная гигиена рта может стать действенной мерой, как в профилактике, так и в лечении ВЗП [5,13]. Особое место в этом направлении приобретает выбор средств оральной гигиены, таких как зубные пасты.

В последнее время на рынке стоматологических товаров можно встретить огромный выбор зубных паст, обладающих не только очищающим и дезодорирующим действием, но и оказывающих терапевтическое воздействие за счет вводимых в их состав лечебно-профилактических компонентов, направленных на подавление метаболизма бактерий, торможения развития патогенной микрофлоры, сокращая тем самым ее количественный состав и вирулентность. Это приводит к замедлению процессов формирования зубных отложений во рту [7,8,13].

В связи с этим у специалистов медицинского звена и их пациентов возникает проблема выбора зубных паст, позволяющих бороться с патогенной микрофлорой, образованием и развитием зубных отложений, тем самым повышая эффективность профилактических и лечебных мероприятий при ВЗП.

Целью работы являлся анализ эффективности использования средств оральной гигиены при комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта.

Материал и методы. Для анализа эффективности использования средств оральной гигиены применялась лечебно-профилактическая зубная паста с содержанием экстракта коры магнолии, экстракта стевии, эфирного масла розмарина, экстрактов цветов нима, алое вера и листьев базилика.

В ходе эксперимента было сформировано две группы: первая группа – пробанды, имеющие генерализованный пародонтит сред-

ней степени тяжести; вторая группа – пробанды, имеющие имплантаты, по 30 человек в каждой группе.

Все группы формировались из пробандов с идентичными гигиеническими и стоматологическими статусами. Участники не имели никаких медицинских противопоказаний и обязались пользоваться только выданным им средством, о чем было составлено информированное согласие. Пробанды не принимали участия ни в каких других экспериментах, кроме данного исследования. В исследовании оценивались следующие индексы: индекс гигиены Грина – Вермиллиона (1964), пародонтальный индекс РМА (Parma, 1960), индекс кровоточивости Мюхлеман и Сон (1971).

Определение очищающего эффекта проводилось по следующей формуле:

$$\text{Очищающий эффект (\%)} = \frac{(\text{ИГ}_0 - \text{ИГ}_n) \times 100}{\text{ИГ}_0}$$

где

ИГ₀ – показатель индекса гигиены в начале исследования, до полоскания;

ИГ_n – показатель индекса гигиены через n-число недель исследования, на последнем осмотре, до чистки зубов.

По аналогичной формуле проводился расчет противовоспалительной и кровеостанавливающей эффективности.

В ходе исследования проводилось микробиологическое исследование зубной пасты с целью определения антимикробной активности методом диффузии в агар.

Испытания проводили модифицированным методом определения антимикробной активности предусмотренным Госфармокопией ГФ XII ч.1, М, 2007 в статье «Определение антимикробной активности антибиотиков методом диффузии в агар», а так же на основании метода определения антимикробного действия нестерильных лекарственных средств (НЛС) с помощью лунок [3]. Для испытания антимикробной активности средства использовали Грамположительные и Грамотрицательные бактерии, а также дрожжи – *Candida Albicans*, рекомендованные ГФ XII.

Динамика показателей индекса гигиены Грина – Вермиллиона в течение всего периода исследования

Таблица 1

| Группы | Период определения индекса гигиены Грина – Вермиллиона | | | | |
|--------|--|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | Исходное | Через 1 неделю | Через 2 недели | Через 3 недели | Через 4 недели |
| 1 | 2,86 ±0,35 | 2,69±0,56 | 2,27±0,37 | 1,89±0,56 | 1,53±0,37 |
| 2 | 2,73±0,42 | 2,57±0,39 | 2,04±0,44 | 1,76±0,48 | 1,33±0,33 |

Динамика очищающего эффекта по индексу гигиены Грина – Вермиллиона в течение всего периода исследования

Таблица 2

| Группы | Динамика очищающего эффекта (%) | | | |
|--------|---------------------------------|----------------|----------------|----------------|
| | Через 1 неделю | Через 2 недели | Через 3 недели | Через 4 недели |
| 1 | 5,94±0,44 | 20,6±0,76 | 33,9±1,04 | 46,5±1,23 |
| 2 | 5,86±0,28 | 25,3±0,81 | 35,5±1,15 | 51,3±1,35 |

Результаты исследования и их обсуждение

4

В табл. 1 представлены результаты определения состояния гигиены рта в исследуемых группах, в динамике, на протяжении всего периода исследования с помощью индекса гигиены Грина-Вермиллиона.

В табл. 1 представлена динамика изменений индекса гигиены Грина – Вермиллиона в первой группе с 2,86 ±0,35 (исходное значение) до 1,53±0,37 (4 неделя), во второй

группе с 2,73±0,42 (исходное значение) до 1,33±0,33 (4 неделя).

В табл. 2 сведены данные расчета очищающего эффекта по индексу гигиены Грина-Вермиллиона.

В табл. 2 представлена динамика изменения очищающего эффекта по индексу гигиены Грина – Вермиллиона в первой группе с 5,94±0,44% (1 неделя) до 46,5±1,23% (4 неделя), во второй группе с 5,86±0,28% (1 неделя) до 51,3±1,35% (4 неделя).

Динамика показателей пародонтального индекса РМА в течение всего периода исследования

Таблица 3

| Группы | Период определения пародонтального индекса РМА | | | | |
|--------|--|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | Исходное | Через 1 неделю | Через 2 недели | Через 3 недели | Через 4 недели |
| 1 | 2,74±0,42 | 2,57±0,38 | 2,13±0,49 | 1,83±0,27 | 1,69±0,31 |
| 2 | 2,81±0,37 | 2,63±0,27 | 2,33±0,35 | 1,73±0,21 | 1,53±0,29 |

Динамика противовоспалительной эффективности по пародонтальному индексу РМА в течение всего периода исследования

Таблица 4

| Группы | Динамика противовоспалительной эффективности (%) | | | |
|--------|--|----------------|----------------|----------------|
| | Через 1 неделю | Через 2 недели | Через 3 недели | Через 4 недели |
| 1 | 6,20±0,28 | 22,3±0,81 | 33,2±1,15 | 38,3±1,37 |
| 2 | 6,40±0,28 | 17,1±0,63 | 38,4±1,02 | 45,5±1,24 |

Динамика показателей индекса кровоточивости по Мюхлеман и Сон в течение всего периода исследования

Таблица 5

| Группы | Период определения индекса кровоточивости по Мюхлеман и Сон | | | | |
|--------|---|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | Исходное | Через 1 неделю | Через 2 недели | Через 3 недели | Через 4 недели |
| 1 | 2,63±0,28 | 2,33±0,20 | 2,03±0,35 | 1,76±0,21 | 1,35±0,19 |
| 2 | 2,71±0,35 | 2,45±0,29 | 2,21±0,20 | 1,87±0,33 | 1,43±0,27 |

Динамика кровеостанавливающей эффективности по индексу кровоточивости по Мюхлеман и Сон в течение всего периода исследования

Таблица 6

| Группы | Динамика кровеостанавливающей эффективности (%) | | | |
|--------|---|----------------|----------------|----------------|
| | Через 1 неделю | Через 2 недели | Через 3 недели | Через 4 недели |
| 1 | 11,4±0,73 | 22,8±1,24 | 33,1±1,33 | 48,6±1,21 |
| 2 | 9,59±0,89 | 18,4±1,04 | 30,9±1,27 | 47,2±1,33 |

В табл.3 представлены результаты изменения состояния мягких тканей пародонта по пародонтальному индексу РМА.

В табл. 3 представлена динамика изменения показателей пародонтального индекса РМА в первой группе с 2,74±0,42 (исходное значение) до 1,69±0,31 (4 неделя), во второй группе с 2,81±0,37 (исходное значение) до 1,53±0,29 (4 неделя).

В табл. 4 представлены результаты расчета противовоспалительной эффективности по пародонтальному индексу РМА.

В табл. 4 представлена динамика изменения противовоспалительной эффективности по пародонтальному индексу РМА в первой группе с 6,20±0,28% (1 неделя) до 38,3±1,37% (4 неделя), во второй группе с 6,40±0,28% (1 неделя) до 45,5±1,24% (4 неделя).

В табл. 5 представлены результаты определения цифровых показателей индекса кровоточивости по Мюхлеман и Сон.

В табл. 5 представлена динамика изменения показателей индекса кровоточивости по Мюхлеман и Сон в первой группе с 2,63±0,28 (исходное значение) до 1,35±0,19 (4 неделя), во второй группе с 2,71±0,35 (исходное значение) до 1,43±0,27 (4 неделя).

В табл. 6 сведены результаты расчета кровеостанавливающей эффективности по индексу кровоточивости по Мюхлеман и Сон. В табл. 6 представлена динамика изменения

кровеостанавливающей эффективности по индексу кровоточивости по Мюхлеман и Сон в первой группе с 11,4±0,73% (1 неделя) до 48,6±1,21% (4 неделя), во второй группе с 9,59±0,89% (1 неделя) до 47,2±1,33% (4 неделя).

На рис. 1 – 5 представлены зоны угнетения роста исследуемых тест-культур микроорганизмов.

В результате проведенного исследования было установлено, что в течение всего периода в двух группах наблюдалось снижение цифровых показателей индекса гигиены рта Грина-Вермиллиона, пародонтального ин-

Антимикробная активность зубной пасты

Таблица 7

| Тест-микро-организм | Зона угнетения роста в мм (диаметр зоны) |
|---------------------|--|
| | Микробная нагрузка 10млн./мл |
| S.aureus | 32 мм |
| E.coli | 0 мм |
| P.aeruginosa | 0 мм |
| C.albicans | 32 мм |
| Bac.cereus | 25 мм |



Рис. 1. Зоны угнетения роста *S.aureus*



Рис. 2. Зоны угнетения роста *E.coli*.

декса РМА и индекса кровоточивости по Мюхлеманн и Сон. Наряду со снижением значений показателей, во всех группах увеличивались значения очищающего эффекта, противовоспалительной и кровеостанавливающей эффективности.

Данные изменения связаны с тем, что в своем составе исследуемая зубная паста содержит активные компоненты, обладающие очищающим, противовоспалительным и кровеостанавливающим действиями на мягкие ткани пародонта, способствуя тем самым улучшению гигиенического и стомато-

логического статусов пациента, что происходит на фоне выраженного антимикробного действия зубной пасты в отношении *Bac.Cereus*, *S.aureus* и грибов рода *C.Albicans*. Пробанты не отмечали неприятных ощущений в течение всего периода использования зубной пасты.

Выводы. Лечебно-профилактическая зубная паста с содержанием экстракта коры магнолии, экстракта стевии, эфирного масла розмарина, экстрактов цветов нима, алое вера и листьев базилика обладает очищающим, противовоспалительным и кровеостанавли-

Рис. 3. Зоны угнетения роста *P. aeruginosa*.

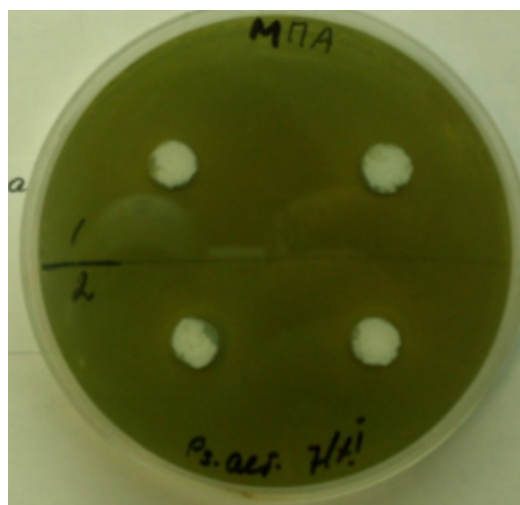


Рис. 4. Зоны угнетения роста *C.albicans*.



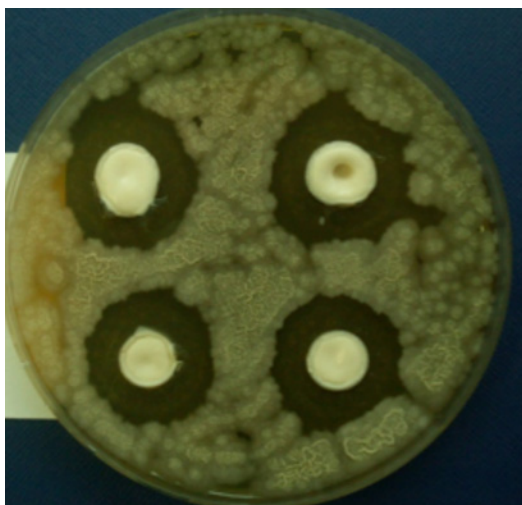


Рис. 5. Зоны угнетения роста *Bac.Cereus*.

вающим действием, что подтверждено значениями показателей в ходе эксперимента. Согласно проведенным испытаниям исследованный образец проявляет наиболее выраженную активность в отношении таких тест-культур, как *B.Cereus*, *S.Albicans*, *S.aureus*. Исследуемая зубная паста благоприятно влияет на мягкие ткани пародонта и может быть рекомендована для длительного применения при комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта.

Список использованной литературы

1. Кузьмина Э.М. Профилактика стоматологических заболеваний / Э.М. Кузьмина. – М.: МГМСУ, 2003. – 216с.
2. Вахней С.Н. Ортодонтия в комплексном лечении больных с хроническим генерализованным пародонтитом взрослых / С.Н. Вахней, А.Ю. Февралева // Пародонтология, 2007. – № 1 (42). – С.38-45.
3. Гунар О.В., Каграманова К.А. Методы определения антимикробного действия лекарственных средств. // Химико-фармацевтический журнал, т. 39, №5, 2005, С.53 – 56.
4. Орехова Л.Ю. Основы профессиональной гигиены полости рта: методические указания / Л.Ю.Орехова, Е.Д. Кучумова, Я.В. Стюф и др. – С.-Петербург: ПолиМедиаПресс, 2004.– 56с.
5. Орехова Л.Ю. Клинико-микробиологическое исследование лечебно-профилактиче-

ской пасты Parodontax-F / Орехова Л.Ю., Прохорова О.В., Ермаева С.С., Акулович А.В. и др. // Пародонтология, 2003. – № 3 (28) – С.49-53.

6. Улитовский С.Б. Индивидуальная гигиена полости рта / С.Б. Улитовский. – М.: 2005, 192с.

7. Улитовский С.Б. Энциклопедия профилактической стоматологии. - СПб.: 2004. – 184с.

8. Улитовский С.Б. Гигиена полости рта в пародонтологии. – М.: 2006. – 268с.

9. Williams R.S. 2005 Воспалительные процессы в полости рта / R.S. Williams/ Стоматология сегодня, 2005 г. – № 6. – С.1-19.

10. Albandar J.M., Rams T.E. Global epidemiology of periodontal diseases: an overview // Periodontol. 2000. Vol. 29. P.7-10.

11. Axellsson P. Diagnosis and risk prediction of periodontal disease. Vol. 3. – Chicago: Quintessence, 2002. – P.95-119.

12. Timmerman M.F., Weijden van der G.A. Risk factors for periodontitis // Int J Dent Hyg. 2006. №4 (1). P.2-7.

13. Schonfeld S.E. Strategies for managing periodontal inflammation. //J.Calif. Dent. Assoc. 2010. – Vol. 38(4). – P.272-283.

Альвеолит: клиническая картина, степень тяжести течения и оценка эффективности лечения

А.К. Иорданишвили, д.м.н., профессор ^{1,2}

Н.В. Лысков,²

Н.В. Коровин,²

М.И.Музыкин,²

А.А. Сериков,²

М.В. Жмудь²

¹⁾ Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

²⁾ Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Резюме

В статье на основании клинических наблюдений и статистической обработки полученного цифрового материала представлены разработанные авторами способ определения тяжести течения альвеолита, а также методика оценки эффективности лечения альвеолита.

Ключевые слова: удаление зуба, альвеолит, степень тяжести альвеолита, эффективность лечения.

An alveolitis: clinical picture, severity of the current and assessment of efficiency of treatment

A.K. Iordanishvili^{1,2}, N.V. Lyskov², N.V. Korovin², M.I. Muzykin², A.A. Serikov², M.V. Zhmud²

¹⁾ Mechnikov North-West State Medical University, Saint - Petersburg

²⁾ S.M. Kirov Military Medical Academy, Saint – Petersburg

Resume

The definitions of gravity of a current of an alveolitis developed by authors a way, and also technique of assessment of efficiency of treatment of an alveolitis are presented in article on the basis of clinical observations and statistical processing of the received digital material.

Keywords: tooth extraction, alveolitis, severity of an alveolitis, efficiency of treatment.

Введение

В клинической практике врачей стоматологов-хирургов остаётся актуальной проблема лечения альвеолитов, которые возникают после операции удаления зуба у 2,7 – 17% пациентов и составляют до 50% всех послеоперационных осложнений, возникающих при этой самой частой в медицине операции [3,5,12]. Описано большое количество методов лечения, а также фармакологических средств, которые в разное время применялись и до сих пор используются с раз-

ной эффективностью стоматологами-хирургами в их повседневной работе в отделениях и кабинетах хирургической стоматологии [4,6,13]. Для этих целей применяли гелевин, оксигелокс, солкосерил-желе, дермазин, дентамет, герпенокс, аргакол, специальные пасты, приготавливаемые непосредственно перед внесением их на раневую поверхность при инфекционно-воспалительных явлениях [1,2,10]. Эффективное лечение альвеолита, способствует уменьшению нетрудоспособности пациентов, стра-

дающих этим заболеванием [8,9], а также профилактике атрофии альвеолярных отростков и дуг челюстей у них [7,11,13]. Поэтому, поиск новых эффективных средств для лечения альвеолита сохраняет свою актуальность, в связи с этим представляет интерес разработать методику оценки степени тяжести течения и эффективности лечения альвеолита.

Целью исследования являлось разработка методики оценки тяжести альвеолита и эффективности его лечения.

Материал и методика исследования

Для разработки способа оценки тяжести течения альвеолита была проанализирована клиническая симптоматика этого заболевания у 242 (173 мужчин и 89 женщин) в возрасте от 18 до 72 лет. Диагностировали ведущие клинические симптомы, затем ранжировали их по степени тяжести течения с учётом клинической картины заболевания, что позволило, применив методику А.К. Иорданишвили [6], предложить способ оценки тяжести течения альвеолита, а также методику оценки эффективности проведённого лечения.

Полученный в результате клинического исследования жевательного аппарата военнослужащих цифровой материал обработан на ПК с использованием специализированного пакета для статистического анализа – «Statistica for Windows v. 6.0» Различия между сравниваемыми группами считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования и обсуждение

Анализ литературы и первичной медицинской документации показывает, что в настоящее время оценку степени тяжести альвеолита и эффективности его лечения стоматологи-хирурги осуществляют на основании жалоб больного и клинической картины заболевания. Проведённый анализ клинических наблюдений за пациентами, страдающими альвеолитом показал, что наиболее часто в практике хирургической стоматологии учитываются следующие симптомы, характерные для альвеолита: болевой синдром, наличие и полноценность

кровенного ступка в лунке удалённого зуба, гиперемия и отёк слизистой оболочки альвеолярного отростка (части) челюсти, а также реакция регионарных лимфатических узлов и синдромы общей интоксикации. Главным образом температурная реакция пациента на заболевания. Учитывая полученные данные, а также проведённое ранжирование указанных клинических симптомов по степени тяжести их клинических проявлений был разработан бальный способ оценки тяжести течения альвеолита, а на его основе, по методике А.К. Иорданишвили [6] предложен способ оценки эффективности лечения альвеолита. Оба разработанных способа базируются на клинической симптоматике и бальной объективизации её оценки. Суть предложенных способов состоит в следующем.

На основании анализа клинических симптомов альвеолита необходимо проводить их оценку в баллах, в зависимости от выраженности симптомов (табл. 1).

Согласно предложенному способу, для установления степени тяжести течения альвеолита осуществляют диагностику перечисленных клинических симптомов. После регистрации симптоматики выполняют подсчет баллов в сумме и оценивают степень выраженности клинической симптоматики альвеолита исходя из полученной суммы баллов следующим образом: 0 – отсутствие заболевания; 1-4 балла – альвеолит лёгкой степени; 5-9 баллов – альвеолит средней степени тяжести; 10-25 баллов – тяжёлое течение альвеолита. Для объективизации оценки результата лечения альвеолита, а также сравнительной оценки эффективности применения разных средств для консервативного лечения альвеолита нами был предложен способ, который предусматривает определение эффективности лечения альвеолита в процессе его лечения, что устанавливается следующим образом - по формуле:

$$\text{Эффективность лечения альвеолита (\%)} = \frac{100 \times (A - B)}{A}$$

где А – сумма баллов при клинической оценке тяжести течения альвеолита во время первичного осмотра пациента;

Таблица 1

| Клинические симптомы альвеолита и их интенсивности | | | Оценка (в баллах) |
|--|--|---|-------------------|
| № п/п | Оцениваемый признак (симптом) альвеолита | Характеристика признака (симптома) | Оценка (в баллах) |
| 1. | Болевой синдром | отсутствует | 0 |
| | | постоянная мучительная боль | 1 |
| | | постоянная мучительная боль с иррадиацией в ухо и по ходу ветвей тройничного нерва | 5 |
| 2. | Характеристика кровяного сгустка после антисептической обработки (промывания) лунки зуба | полноценный кровяной сгусток заполняет более 2/3 лунки зуба | 0 |
| | | полноценный кровяной сгусток заполняет более 1/2 лунки зуба | 1 |
| | | полноценный кровяной сгусток заполняет менее 1/2 лунки зуба | 5 |
| 3. | Наличие гиперемии и отёка десны вокруг лунки удаленного зуба | гиперемия и отёк отсутствуют | 0 |
| | | имеется гиперемия и отёк десны вокруг лунки удалённого зуба | 1 |
| | | застойная гиперемия и выраженный отёк слизистой оболочки десны вокруг лунки удалённого зуба | 5 |
| 4. | Увеличение регионарных лимфатических узлов | отсутствует | 0 |
| | | лимфатические узлы увеличены, безболезненны | 1 |
| | | лимфатические узлы увеличены, болезненны при пальпации | 5 |
| 5. | Характеристика общей температурной реакции организма | температура 36,4 – 36,9°C | 0 |
| | | температура тела 37,0 – 37,5°C | 1 |
| | | температура тела выше 37,6°C | 5 |

В – сумма баллов при клинической оценке тяжести течения альвеолита на этапе или в конце лечения, то есть при повторном осмотре пациента.

Такой подход позволяет не только определить тяжесть течения альвеолита, но и оценить эффективность проведённого лечения, что важно для сравнительной оценки средств, применяемых для его лечения.

Заключение

Проведённое клиническое исследование позволило разработать способ оценки тяжести течения альвеолита и методику

оценки эффективности его лечения, которые применимы не только в клинической работе отделений хирургической стоматологии, но и научных исследованиях, что важно для объективизации клинического течения альвеолита и эффективности использования при его лечении разных лекарственных средств и способов лечения. Знание врачами хирургами-стоматологами наиболее часто встречающихся симптомов альвеолита и особенностей их клинического проявления позволит более подробно и грамотно заполнять первичную медицинскую документацию.

Литература

1. Иорданишвили А.К. Применение оксидо-лодекса при лечении альвеолитов // Военно-медицинский журнал. – 1991. – № 11. – С. 50 – 51.
2. Иорданишвили А.К. Лечение альвеолитов солкосерилом-желе и кремом «Дермазин» // Здоровоохранение Белоруссии. – 1992. – № 2. – С. 59 – 61.
3. Иорданишвили А.К. Анализ и структура стоматологической заболеваемости среди военнослужащих // Военно-медицинский журнал. – 1992. – № 1. – С. 68.
4. Иорданишвили А.К. Опыт лечения альвеолита гелевином // Стоматология. – 1993. – Т. 72, № 1. – С. 82.
5. Иорданишвили А.К. Стоматологические заболевания у лётного состава. – СПб.: Изд-во «Ривьера», 1996. – 76 с.
6. Иорданишвили А.К. Хирургическое лечение периодонтитов и кист челюстей. – СПб.:Нордмедиздат, 2000. – 217 с.
7. Иорданишвили А.К. Клиническая ортопедическая стоматология. – М.: МедПресс, 2008. – 208 с.
8. Иорданишвили А.К., Васильченко Г.А. Экспертиза и ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при затруднённом прорезывании зубов мудрости и осложнениях: учебное пособие. – СПб.:Нордмедиздат, 2011. – 14 с.
9. Иорданишвили А.К., Васильченко Г.А., Сагалатый А.М., Ильина О.Ю. Медицинские, социальные и экономические аспекты затрудненного прорезывания зубов «мудрости» // Институт стоматологии. – 2011. - № 1 (50). – С. 28 – 29.
10. Музыкин М.И., Иорданишвили А.К., Рыжак Г.А. Периоститы челюстей и их лечение. – СПб.: Издательство «Человек», 2015. – 112 с.
11. Применение геля стоматологического с метронидазолом и хлоргексидином для лечения альвеолита / А.К. Иорданишвили, Н.В. Коровин, Н.В. Лысков, А.А. Пономарёв // Пародонтология. – 2017. – № 1 (82). – С. 52 – 55.
12. Moore A., Edwards J., Barden J. et al. Bandolier,s Little Book of Pain. – Oxford: Oxford Universiti Press, 2003. – 279 p.
13. Malmstrom K. et al. Etoricoxib in acute pain associated with dental surgery: a randomized, double-blind, placebo- and comparator-controlled dose-ranging study // Clin. Ther. – 2004. – № 26 (5). – P. 667 – 679.

Патология височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц в молодом возрасте

А.А. Сериков,¹

А.К. Иорданишвили^{1,2}

¹⁾ Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

²⁾ Северо-западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Резюме

На основании стоматологического обследования 2718 человек в возрасте от 18 до 27 лет, установлена частота встречаемости функциональной патологии жевательно-речевого аппарата – 9,9%. Патология ВНЧС выявлялась у 8,39% военнослужащих, парафункции жевательных мышц – у 6,73%. У военнослужащих по призыву клинические признаки патологии ВНЧС и парафункций жевательных мышц были выражены в большей степени, чем у военнослужащих по контракту. У 52,79% военнослужащих имелось сочетание патологии ВНЧС и парафункций жевательных мышц. *Ключевые слова:* височно-нижнечелюстной сустав, жевательные мышцы, частота встречаемости патологии височно-нижнечелюстного сустава, частота встречаемости парафункций жевательных мышц.

12

PATHOLOGY OF THE TEMPORAL AND MANDIBULAR JOINT AND MASSETERS AT YOUNG AGE

A.A. Serikov,¹ A.K. Iordanishvili^{1,2}

¹⁾ S.M. Kirov Military Medical Academy, Saint-Petersburg

²⁾ Mechnikov North-West State Medical University, Saint-Petersburg

Resume

On the basis of stomatologic inspection of 2718 people aged from 18 up to 27 years, the frequency of occurrence of functional pathology of chewing organs of articulation – 9,9% is established. Pathology of temporal-mandibular joint was taped at 8,39% of the military personnel, parafunction of masseters – at 6,73%. The military personnel at the call of clinical signs has pathologies of temporal-mandibular joint and parafunctions of masseters were expressed more than at contract servicemen. 52,79% of the military personnel had a combination of pathology of temporal-mandibular joint and parafunctions of masseters.

Keywords: temporal-mandibular joint, masseters, frequency of occurrence of pathology of a temporal and mandibular joint, frequency of occurrence of parafunctions of masseters.

Актуальность

Функциональная патология жевательного аппарата в виде дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) и парафункций жевательных мышц встречаются часто, что обуславливается ранней утратой есте-

ственных зубов [8], плохо поддаются лечению и очень мучительны для больных [2, 4, 17, 19]. Если у взрослых людей распространённость патологии ВНЧС составляет от 12 до 75%, то у лиц, имеющих профессиональные вредности их частота встречаемости

может значительно возрастать до 95 – 100% [1, 5, 10, 16]. Несмотря на то, что изучение стоматологического статуса военнослужащих проводилось неоднократно, лишь в единичных исследованиях уделялось внимание выявлению функциональной патологии ВНЧС и жевательных мышц и, как правило, на небольшой выборке обследуемых [3, 7, 14, 18]. Вместе с этим известно, что имеются известные сложности при лечении пациентов, страдающих дисфункцией ВНЧС и парафункцией жевательных мышц, которые часто рецидивируют, а продолжительное время сохраняются артралгия или миалгия могут существенно неблагоприятно влиять на психику человека [6, 9, 12]. Поэтому необходима ранняя диагностика функциональных заболеваний жевательно-речевого аппарата у военнослужащих, выявление и устранение причин её вызывающих, а также своевременное проведение комплекса лечебно-профилактических мероприятий, направленных на предупреждение прогрессирования и рецидивирования рассматриваемой патологии, что является важной проблемой военной медицины мирного времени. Очевидно, что выявление функциональной патологии жевательно-речевого аппарата в военнослужащих молодого возраста и своевременное её лечение будет способствовать сохранению их стоматологического здоровья.

Цель работы состояла в изучении частоты функциональной патологии жевательно-речевого аппарата в виде патологии височно-нижнечелюстного сустава и парафункций жевательных мышц у военнослужащих.

Материал и методика

Проведено клиническое обследование 2718 человек (2432 мужчин и 286 женщин) в возрасте от 18 до 27 лет. Из них 1112 мужчин и 286 женщин являлись военнослужащими по контракту (курсанты высших военных учебных учреждений), а 1320 мужчин – военнослужащими по призыву.

Выявление функциональной патологии жевательно-речевого аппарата осуществляли в ходе стоматологического осмотра людей

для чего военнослужащих целенаправленно опрашивали и выявляли основные клинические признаки, характерные для патологии ВНЧС и жевательных мышц. Для установления патологии ВНЧС оценивали характер открывания рта, наличие девиации нижней челюсти при открывании и закрывании рта, выявляли звуковые феномены в области ВНЧС (крепитация, хруст, щелканье) для чего использовали электронный стетофонендоскоп (рис. 1). Кроме этого оценивали наличие суставной боли в состоянии физиологического покоя нижней челюсти, а также при движениях нижней челюсти. Для выявления парафункций жевательных мышц опрашивали военнослужащих на предмет наличия у них жалоб на утомляемость жевательной мускулатуры при разговоре, или нецелесообразных движений нижней челюсти, а также «скрежетания» зубами. Выявляли гипертрофию жевательных мышц (одно- или двустороннюю), а также боли при пальпации жевательных мышц. Одновременно определяли наличие косвенных признаков парафункции жевательных мышц, а именно хронических воспалительных заболеваний пародонта (пародонтит) и повышенной стираемости твёрдых тканей зубов. Оценивали с помощью мионометрии (рис. 2) показатели тонуса «покоя» и «сжатия» собственно жевательных мышц с обеих сторон и сравнивали их с возрастными физиологическими значениями [13].

После регистрации выявленных патологических симптомов, указывающих на наличие функциональной патологии жевательно-речевого аппарата, определяли степень тяжести течения патологии ВНЧС и парафункций жевательных мышц по общепринятой методике [11,15]. Следует отметить, что данные аускультации и мионометрии были необходимы для оценки степени тяжести течения патологии ВНЧС и парафункций жевательных мышц.

Полученный в результате клинического исследования цифровой материал обработан на ПК с использованием специализированного пакета для статистического анализа – «Statistica for Windows v. 6.0» Различия между сравниваемыми группами считались достоверными при $p \leq 0,05$.



Рис. 1. Внешний вид электронного стето-фонендоскопа

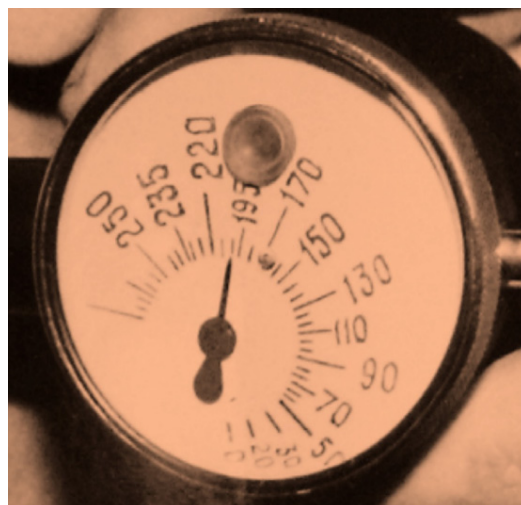


Рис. 2. Определение тонуса собственно жевательной мышцы с помощью митонометра

Результаты и их обсуждение

В ходе клинического обследования военнослужащих по контракту установлено, что жалобы на наличие патологии ВНЧС предъявляли 12 (1,08%) мужчин и 44 (4,55%) женщины, а на патологию со стороны жевательных мышц, соответственно 11 (0,99%) мужчин и 9 (3,15%) женщин. В тоже время углублённое стоматологическое обследование военнослужащих по контракту позволило выявить (рис. 3) патологические симптомы со стороны ВНЧС у 81 (7,28%) мужчины и 29 (10,14%) женщин ($p \leq 0,05$), а со стороны жевательных мышц, соответственно, у 75 (6,74%) и 21 (7,34%) человек ($p \geq 0,05$). Анализ патологических симптомов со стороны ВНЧС позволил уточнить степень тяжести течения его патологии (рис. 4). Лёгкая степень тяжести патологии ВНЧС установлена у 62 (76,54%) мужчин и 9 (31,03%) женщин; средняя, соответственно, у 17 (20,99%) и 17 (58,62%) человек, тяжелая степень тяжести – у 2 (2,47%) мужчин и 3 (10,35%) женщин. Патология жевательных мышц, по сравнению с патологией ВНЧС, была выявлялась реже, а именно у мужчин в 6,74% (75 чел.) случаев ($p \geq 0,05$), а у женщин – в 7,34% (21 чел.) случаев ($p \leq 0,05$). Анализируя симптомы, характерные для парафункции жевательных мышц, уточнили частоту встречаемости разных степеней тяжести течения

этой патологии (рис. 5). Лёгкая степень течения парафункции жевательных мышц выявлена у 62 (82,67%) мужчин и 15 (71,43%) женщин; средняя, соответственно, у 11 (14,67%) и 6 (28,57%) человек, тяжелая степень тяжести – у 2 (2,66%) мужчин. У женщин парафункции тяжелой степени тяжести не диагностированы.

Сравнение частоты встречаемости функциональной патологии жевательно-речевого аппарата с данными, представленными в специальной литературе [3] показало, что по распространённости патологии ВНЧС у курсантов высших военных учебных учреждений достоверных различий с распространённостью заболеваний ВНЧС в соответствующей возрастной популяции не выявлено ($p \geq 0,05$). В тоже время парафункции жевательных мышц у молодых военнослужащих встречались чаще чем в популяции, как среди мужчин, так и среди женщин ($p \leq 0,05$). Очевидно, что большая частота встречаемости у молодых военнослужащих парафункций жевательных мышц связана с особыми условиями их жизни и быта, а также психическими и физическими нагрузками, обусловленными специфическими особенностями военной службы. Известно, что эмоциональные и физические нагрузки способствуют возникновению парафункций жевательных мышц [7].

У молодых военнослужащих по призыву, несмотря на практически одинаковую частоту встречаемости патологии ВНЧС и жевательных мышц (рис. 3) по сравнению с военнослужащими мужчинами контрактниками, то есть курсантами ($p \geq 0,05$), отмечена достоверно большая степень тяжести течения как заболеваний ВНЧС ($p \leq 0,001$), так и жевательных мышц ($p \leq 0,05$). Так, патологические симптомы со стороны ВНЧС среди военнослужащих по призыву выявлены у 118 (8,94%) человек, а со стороны жевательных мышц – у 87 (6,59%) человек. Анализ патологических симптомов со стороны ВНЧС позволил уточнить степень тяжести течения его патологии. Лёгкая степень тяжести патологии ВНЧС у военнослужащих по призыву установлена у 79 (66,95%) человек, средняя – у 31 (26,27%), тяжелая степень тяжести – у 8 (6,78) человек (рис. 4). Патология жевательных мышц у военнослужащих по призыву, по сравнению с патологией ВНЧС, также, как и у военнослужащих по контракту выявлялась реже ($p \leq 0,05$), а именно, симптомы парафункции жевательных мышц диагностированы у 87 (6,59%) человек. При этом лёгкая степень течения парафункции жевательных мышц выявлена у 65 (74,71%) мужчин, средняя – у 19 (21,84%) и тяжёлая степень тяжести патологии – у 3 (3,45%) человек (рис. 5). Следует отметить, что жалобы на имею-

щуюся патологию ВНЧС и жевательных мышц среди военнослужащих по призыву и по контракту, не зависимо от пола, предъявляли только те лица, у которых была диагностирована патологии ВНЧС и жевательных мышц, протекающая в средней или тяжелой форме.

Заключение

Проведённое исследование позволило установить, что среди молодых военнослужащих функциональная патология жевательно-речевого аппарата встречается в 9,9% случаев. Патология ВНЧС выявляется у 8,39% военнослужащих, парафункции жевательных мышц – у 6,73% военнослужащих. У военнослужащих по призыву клинические признаки патологии ВНЧС и парафункций жевательных мышц были выражены в большей степени, чем у военнослужащих по контракту. У 52,79% военнослужащих имелось сочетание патологии ВНЧС и парафункций жевательных мышц, что свидетельствует о идентичных причинах возникновения и схожих механизмах прогрессирования этой патологии. Считаем, что полученные сведения о частоте встречаемости функциональной патологии жевательно-речевого аппарата у молодых военнослужащих имеют прикладное значение, так как профилактика их возникновения и лечение выявленной па-

Рис. 3. Частота встречаемости патологии ВНЧС и жевательных мышц у обследованных военнослужащих, %.



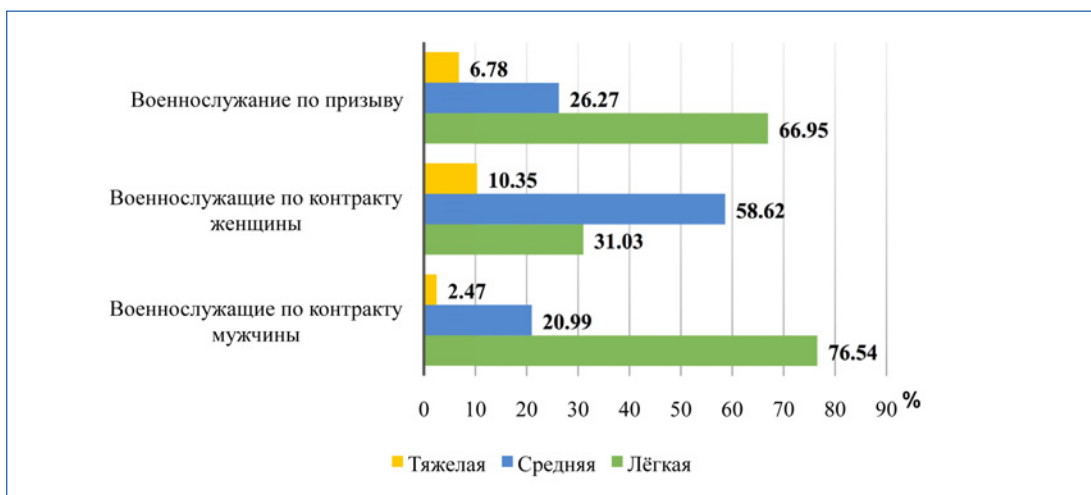


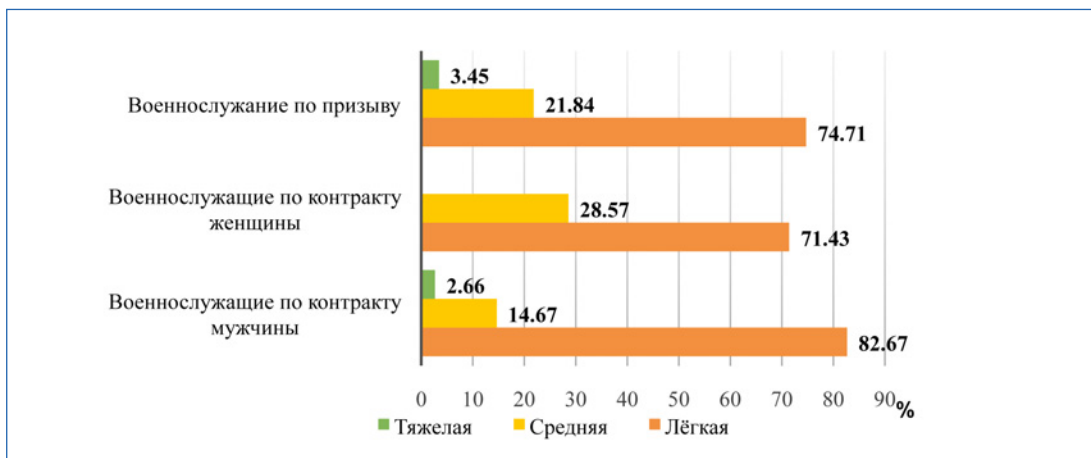
Рис. 4. Характеристика тяжести течения патологии ВНЧС у обследованных военнослужащих, %

тологии должно предусматривать во время диспансеризации военнослужащих не только окклюзионную реабилитацию, но и привлечение к лечению таких пациентов медицинского психолога или психотерапевта. Начальникам медицинской службы воинских частей необходимо предусмотреть соблюдение молодыми военнослужащими распорядка дня, а также обеспечить регламентирование физических нагрузок в процессе боевой подготовки военнослужащих, а также занятий физической культурой и спортом.

Литература

1. Диагностика и лечение заболеваний височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц у людей пожилого и старческого возраста / А.К. Иорданишвили, Л.Н. Солдатова, Г.А. Рыжак. – СПб.: Нордмедиздат, 2011. – 134 с.
2. Диагностика и лечение заболеваний височно-нижнечелюстного сустава в амбулаторно-поликлинических учреждениях / А.К. Иорданишвили, Н.А. Удальцова, В.В. Самсонов, А.А. Сериков, Г.А. Рыжак. – СПб.: Нордмедиздат, 2012. – 132 с.

Рис. 5. Характеристика тяжести течения парафункций жевательных мышц у обследованных военнослужащих, %



Морфологические изменения слизистой оболочки полости рта после воздействия диодного лазерного излучения длиной волны 980 нм с различной длительностью импульса и мощностью

Е.С. Сергеева, аспирант, кафедра терапевтической стоматологии СПбГУ,

Л.А. Ермолаева, д.м.н., профессор, зав.кафедрой терапевтической стоматологии СПбГУ,

А. В. Беликов, д.ф.-м.н., профессор, Университет ИТМО,

Д.Ю. Федотов, к.м.н., доцент, кафедра терапевтической стоматологии СПбГУ,

Ю.В. Семяшкина, аспирант, Университет ИТМО,

М.М. Антропова, магистрант, Университет ИТМО

Результаты исследований многих авторов показали преимущества применения лазерного излучения в хирургической стоматологии- меньшая травматичность, асептичность раневой поверхности, более легкое течение послеоперационного периода, отсутствие побочного действия на организм.

Изучение эффектов воздействия полупроводникового лазера на ткани слизистой оболочки рта, определение оптимальных параметров и режима воздействия лазерного излучения позволят повысить качество и эффективность лечения, увеличить предсказуемость лечения, сократить сроки лечения.

Таким образом, цель данной работы – гистологическое исследование слизистой оболочки рта животного после воздействия излучения лазера с длиной волны 980 нм разной длительности и мощности.

Материалом для исследований послужили образцы слизистой оболочки полости рта белых половозрелых лабораторных крыс-самцов линии Вистар массой от 180 до 210 г. Лазерная обработка проводилась с использованием лазерной установки "stLase" (DentalPhotonics, USA). В основе системы лежит диодный лазер с длиной волны 980 нм и мощностью излучения до 25 Вт. У 6 животных под наркозом (Золетил в дозе 40 мг/кг массы внутривенно) одиночными им-

пульсами с различными параметрами лазерного излучения (39 комбинаций мощности (P) и длительности (tr)) формировали микрораны на слизистой оболочке полости рта. Каждая микрорана создавалась при контакте наконечника диаметром 400 мкм с тканью десны. В ходе эксперимента внешний вид слизистой оболочки рта до и после лазерного воздействия фиксировался с помощью цифрового фотоаппарата. По окончании фракционной обработки проводилось выведение животного из эксперимента и забор слизистого лоскута для проведения гистологического исследования. Полученные срезы толщиной 7–9 мкм окрашивались гематоксилином и эозином.

Согласно полученным данным, формирование абляционной микрораны начинается при P=5 Вт, tr =100 мс и затрагивает только эпителиальный слой слизистой. При P=7 Вт, tr =120 мс соотношение ширины к глубине абляционной микрораны составляет 1:1, а при P = 10 Вт, tr = 100 мс в эпителиальном и подслизистом слоях слизистой формируется абляционная микрорана (микроколлонка) с соотношением 1:1.5. Использование P = 15 Вт, tr = 200 мс вызывает удлинение абляционной микроколлонки до 1:2, при этом дно абляционной микроколлонки достигает мышечного слоя слизистой.

Анализ уровня знаний о гигиеническом уходе за полостью рта у младших школьников с нарушением слуха и их родителей

А.Ю. Гулиева, ассистент *

Н.Ю. Шевелева, к.м.н., доцент**

* Кафедра профилактической стоматологии ¹

** Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии ¹

¹) ГБОУ ВПО «Первый Санкт – Петербургский Государственный Медицинский Университет им. акад. И.П. Павлова» МЗ России, Санкт – Петербург (197022, г. Санкт – Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6-8).

18

Резюме

В ходе исследования, выявлен дефицит знаний и навыков гигиены полости рта как у родителей, так и у детей с нарушением слуха. Данный факт обуславливает необходимость в разработке специализированных стоматологических учебно-профилактических программ для детей младшего школьного возраста с нарушением сенсорных систем и их родителей, упрощающих процесс обучения навыкам индивидуальной гигиены полости рта, что позволит улучшить стоматологический статус данной группы детей.

Ключевые слова: уровень знаний, гигиена полости рта, слабослышащие дети, дети младшего школьного возраста.

Analysis of the level of knowledge about the oral hygiene in primary school children with hearing impairment and their parents

Guliyev, A. Ju., Sheveleva N. Ju.

Summary

Study revealed a lack of knowledge and skills of oral hygiene both parents and children with hearing impairment. This fact makes it necessary to develop specialized dentistry educational and preventive programs for children of primary school age in violation of sensory systems and their parents, simplifying the process of learning individual oral hygiene, which will improve the status of dentistry for this group of children.

Key words: level of knowledge, oral hygiene, hearing-impaired children, children of primary school age

Введение

Правильно продуманный и комплексный подход к стоматологическому просвещению среди детей дает наибольшую эффективность в привитии здоровых навыков на всю жизнь. С педагогической точки зрения наиболее легко и стойко гигиенические навыки

формируются у детей младших возрастных групп. В этой связи следует начинать общее гигиеническое воспитание в возрасте 2-3 лет. Однако следует помнить, что дети с нарушением слуха отстают в психическом и физическом развитии от здоровых детей на 1-3 года. И несмотря на то, что младший

школьный возраст является периодом наиболее стремительного физического и психического развития ребенка, у детей с нарушением слуха продолжает преобладать раздражительная реакция на действия педагогов, родителей, старших членов семьи. В результате этого, необходимым условием формирования у данного контингента детей, правильных действий по уходу за полостью рта является личный пример в семье и показ элементов гигиены полости рта учителями и медперсоналом образовательных учреждений.

В связи с ранее изученными особенностями психического статуса младших школьников с нарушением слуха, нами было проведено исследование целью которого было, выявление уровня знаний и владения навыками по гигиене полости рта и профилактики стоматологических заболеваний в условиях профилактического стоматологического осмотра у детей и их родителей.

Материалы и методы исследования

Объектом исследования стали 50 детей младшего школьного возраста (7 – 8 лет): 20 детей - дети с нейросенсорной тугоухостью, вторичная ОНР I слабослышащих с кохлеарными имплантами, 30 детей - с нейросенсорной тугоухостью вторичная ОНР I без имплантов. Исследование проходило на базе ГБОУ школа - интернат № 31 и СПбГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 13» в период с октября 2015 по апрель 2016 г.

Наше исследование было разделено на два этапа:

На первом этапе, с целью выявления знаний, навыков и умений по уходу за полостью рта ребенка, проведено анкетирование родителей с использованием специально разработанных совместно с кафедрой педагогики ПСПбГМУ форм «Анкета для родителей» и «Анкеты-опросника по определению уровня гигиенических знаний и навыков у стоматологических пациентов» (Улитовский С.Б., 1993)

На втором этапе применялись: психолого-педагогический метод - беседа – интервью совместная с сурдопедагогом, обеспечивающим контакт с детьми и дублирующим во-

просы врача-стоматолога и клинические методы - сбор жалоб, данных объективного обследования, определении индекса гигиены полости рта ОНІ-S (Грина-Вермильона, 1964) в исследуемой группе детей.

Параллельно в ходе второго этапа обследования проводилось групповое наблюдение за поведением детей с оценкой индивидуальных особенностей.

Результаты исследования и их обсуждение

На первом этапе исследования при анкетировании родителей, которое проводилось при первичном осмотре, нами было опрошено 50 человек (в основном участвовали матери). Было установлено, что, по мнению матерей, дети имеют представления о необходимости элементарной гигиены полости рта и соблюдает элементарные гигиенические нормы (моет руки перед едой, моет руки после туалета, моет руки после прогулки, чистит зубы). Все опрошенные родители указали, что рассказывают и показывают ребенку, как нужно чистить зубы и проводят беседы о вреде сладкого. Однако к специальному обучению стоматологом чистке зубов и профилактике стоматологических заболеваний никто из родителей не обращался.

Из числа опрошенных 25% матерей отметили, что заостряют внимание на пользе овощей и фруктов, но не всегда удается накормить ребенка полезными продуктами, «особенно овощами».

На вопрос «Имеет ли Ваш ребенок вредные привычки?» были получены следующие ответы: 37,5% респондентов ответили, что ребенок - «не имеет вредных привычек»; 37,5% - ответили, что «ребенок грызет ногти»; 25% - «грызет карандаш»; 12,5% - «кусает губы». При этом следует отметить, что только 10% опрошенных родителей проводили беседу, со своим ребенком, по профилактике вредных привычек, остальные считали, что данные проблемы не требуют специального вмешательства и пройдут по мере взросления.

На вопрос «В каком возрасте начали чистить зубы детям?» получены следующие данные: 4% анкетированных родителей ответили,

что начали чистить зубы детям в возрасте от 6 до 12 месяцев, 8% начали чистку зубов своим детям в возрасте от 13 до 18 месяцев, 28% – в возрасте от 19 до 24 месяцев, 24% от 25 до 30 месяцев и 36% от 31 до 36 месяцев. На вопрос «Как часто Ваш ребенок посещает врача – стоматолога?»: 51% респондентов ответили, что «ребенок посещает врача – стоматолога 1 раз в год»; 19% посещает врача – стоматолога только «при появлении боли»; 30% указали, что посетили врача – стоматолога только при поступлении в ДООУ и ГБОУ. С целью изучения уровня гигиенических знаний у родителей также был проведен опрос с использованием анкеты-опросника по определению уровня гигиенических знаний и навыков у стоматологических пациентов (Улитовский С.Б., 1993). Ответы оценивались по четырех балльной системе, в которой минимальной оценке соответствовал 1 балл, а 4 балла - максимальной.

Анализ полученных данных показал низкий уровень индекса гигиенических знаний С.Б. Улитовского: у 81 % респондента индекс составил 1,96, что свидетельствует о низком уровне гигиенических знаний, у 19% - индекс составил 2,06 что свидетельствует об удовлетворительном уровне гигиенических знаний, хорошего уровня гигиенических знаний не было выявлено ни у одного респондента.

Методом анкетирования, также выявлено различное отношение родителей к сотрудничеству со стоматологами и недостаточно внимательное отношение к собственному стоматологическому здоровью и здоровью своих детей. а) проекция собственного стоматологического здоровья на здоровье детей («нас не учили», «мы не чистили»); б) дефицит времени; в) отсутствие мотивации к ранее не выполнявшемуся заданию и, как следствие, отсутствие опыта («раньше не делала, зачем мне это надо»).

При первом опросе только 45% родителей проявили готовность к сотрудничеству со стоматологами. Информацию о причинах кариеса, способах его профилактики и лечения 54% родителей желают получить на родительских собраниях в ГБОУ.

На втором этапе исследования при стоматологическом осмотре детей, только в 8,5%

случаев не было выявлено патологических изменений твердых тканей зубов. В 91,5 % детей обнаружены кариозные полости, различной глубины и локализации, при этом следует отметить, что только у 7,3% детей, из числа нуждающихся в лечении, ранее проводилась санация полости рта.

При осмотре, после проведения не контролируемой чистки зубов, было установлено, что у 92,8% детей гигиеническое состояние расценивалось как не удовлетворительное (ОНИ-S = 1,82), лишь у 7,2% детей индекс гигиены составил (ОНИ-S = 1,59), что указывает на удовлетворительную гигиену. Ни у одного из осматриваемых детей не было зарегистрировано хорошей гигиены полости рта (ОНИ-S = 0,6).

При проведении беседы – интервью с детьми 100% опрошенных детей ответили, что знают о необходимости ухаживать за ртом и чистят зубы до еды. При опросе 12,5% детей сказали, что чистят зубы только вечером; 37,5% - чистят зубы только, утром; 50% чистят зубы два раза в день.

На вопрос «Кто показывал тебе, как нужно чистить зубы?»: 89,5 % опрошенных детей ответили родители, 10,5 % указали, что их никто не учил чистить зубы. Также следует отметить, что 100% детей сказали, что чистят зубы щеткой и пастой, но, ни один из опрошиваемых детей не смог продемонстрировать движения, характерные для стандартной чистки зубов, все показанные детьми движения были не последовательными и хаотичными.

В ходе исследования нами было установлено, что всем детям с нарушением слуха наряду с общей соматической ослабленностью и замедленным развитием локомоторных функций, было присуще отставание в развитии двигательной сферы, которая характеризовалась плохой координацией движений, неуверенностью в выполнении дозированных движений, снижением скорости и ловкости выполнения. Наибольшие трудности были выявлены при выполнении движений по словесной инструкции. Отмечена недостаточная координация пальцев, кисти руки, недоразвитие мелкой моторики. Была обнаружена замедленность, застревание на одной позе.

Заключение

Результаты исследования показали у подавляющего числа детей дефицит знаний и навыков гигиены полости рта у родителей и детей. При этом родители считали, что они обладают достаточным уровнем знаний и владеют этими навыками. Кроме того, большая часть родителей редко водила детей к стоматологу и при определении необходимости посещения стоматолога ориентировались на зубную боль. При этом дети с нарушением слуха обладают в целом полноценными предпосылками для овладения мыслительными операциями, доступными их возрасту. Однако дети отстают в развитии словесно-логического мышления, также имеют отставание в развитии двигательной сферы, которая характеризуется плохой координацией движений.

Развивать у ребенка позитивное отношение к здоровому образу жизни и сохранению своего стоматологического здоровья можно только совместными усилиям детских стоматологов, педагогов и родителей, используя различные формы стоматологического просвещения.

Литература

1. Harris N.O., Garcia-Godoy F. Primary preventive dentistry. – 5th ed. – Stamford : Appleton&Lange, 1999. – 658 p.
2. Руле Ж.- Ф., Стефан Циммер. Профессиональная профилактика в практике стоматолога: атлас по стоматологии\ пер.с нем.: под общ. ред. С.Б.Улитовского, С.Т.Пыркова. – М.: МЕДпресс-информ, 2010. – с.36
3. Улитовский С. Б. Индивидуальная гигиена полости рта: Учеб. пособие. – М.: Медпресс-Информ, 2005. – 192 с.
4. Чудинова Т.А., Хуснутдинова З.А. Роль семьи в профилактике болезней полости рта у детей // Пробл. социал. гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2000. - № 6. – С. 8-11.

Анализ особенностей профилактики некариозных поражений зубов в период беременности

Улитовский С.Б.,

проф., д.м.н.

заведующий кафедрой, заслуженный врач РФ,

Калинина О.В.,

к.м.н., доцент

Кафедра стоматологии профилактической

ПСПбГМУ имени И.П. Павлова

Analysis of features of prevention of non-carious lesions of teeth during pregnancy

Professor, head of the Department, honored doctor of the Russian Federation,

DDSc, DMSc **Ulitovskiy S. B.**

PhD, associate Professor **Kalinina O.V.**

Department of preventive dentistry FGBOU VO «The First Academician I.P. Pavlov

State Medical University of St. - Petersburg» Russian Ministry of Health

22

Низкие показатели стоматологического здоровья и ухудшение стоматологического статуса в период беременности указывают на необходимость более тщательной диагностики всех факторов риска основных стоматологических заболеваний и реализацию всех этапов профилактических мероприятий в период беременности на основании результатов полного комплексного обследования.

Потеря твердых тканей зубов в период гестации может происходить не только в результате кариозного процесса, но и за счет некариозных поражений, таких как клиновидные дефекты, патологическая стираемость, а также кислотно-индуцированные эрозии. Вследствие рвоты при токсикозе беременных наблюдается снижение водородного показателя [15], что приводит к развитию эрозивных дефектов, возникающих как результат многократного воздействия желудочного сока на поверхность зубов. При этом наиболее часто поражается небная поверхность верхних резцов и клыков [12,17].

В настоящее время растет количество некариозных поражений твердых тканей зубов [5,6]. Считается, что одной из причин эрозий и клиновидных дефектов у беременных является изменение их гормонального статуса, а также наличие соматической патологии [3]. Сохраняет актуальность изучение показателей минерального обмена у женщин в период беременности не только в ротовой полости, но и в организме в целом, а также оценка влияния pH смешанной слюны [2,13] на процессы реминерализации эмали и состояния твердых тканей зубов.

Развитие некариозных поражений зубов у беременных клинически протекает различно во времени, в зависимости от периода и имеет характерные клинические формы и стадии течения патологического процесса твердых тканей зубов [3,7,11].

Организация стоматологической помощи и профилактика нозологических форм поражений твердых тканей зуба у женщин в период беременности в современных условиях остается не до конца решенной проб-

лемой, что определяет актуальность проведения исследования в этом направлении [9,12].

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей профилактики некариозных поражений зубов у женщин в период беременности и выявление особенностей клинического течения данной патологии. В исследовании приняло участие 41 женщина. В зависимости от объема проводимых профилактических мероприятий были сформированы две группы: 1 группа при проведении гигиенических мероприятий использовала выданную им профилактическую зубную пасту, активными компонентами которой являлись лизоцим, лактоферрин и лактопероксидаза (Биокстра) в сочетании с ополаскивателем и обязалась пользоваться только мануальной зубной щеткой; 2 группа - контрольная, проводила гигиенические мероприятия в соответствии с личными представлениями. Оценка изменения кислотно-основного состояния ротовой жидкости изучалась с помощью рН-метра карманного. Для исследования водородного показателя ротовую жидкость беременные собирали с 10.00 до 12.00 часов после еды в стеклянные градуированные пробирки по 15 мл., в собранную жидкость погружали наконечник электрода рН-метра

и фиксировали показатель рН на экране прибора.

Определение эффективности десенсибирующего действия изменение состояния чувствительности зубов среди беременных изучалось по показателям индекса чувствительности зубов Ореховой-Улитовского (индекса ИСЗОУ) во всех исследуемых группах. В таблице 1 представлено изменение эффекта водородного показателя ротовой жидкости среди исследуемых групп.

По таблице 1 видно, что в 1-ой группе рост показателя кислотно-основного эффекта достиг 16,78%. В контрольной группе был получен низкий кислотно-основной эффект, который составил 2,61%. Установлено положительное влияние средств гигиены рта на изменение кислотно-основного состояния ротовой жидкости у беременных. В таблице 2 представлена динамика изменения состояния чувствительности зубов у женщин в период беременности, в течение одного месяца исследования.

Показатели эффективности по индексу ИСЗОУ достигли через 4 недели в 1 группе с 24,15% до 35,42%. В контрольной группе сдвиг произошел незначительный с 21,37% до 25,73%. В 1 группе выявлено состояние чувствительности зубов относительно компенсированное средней степени. Эффектив-

Динамика изменения кислотно-основного эффекта в течение исследования

Таблица 1

| Группы | Кислотно-основной эффект (%) | | | |
|--------|------------------------------|-------------|--------------|--------------|
| | 1 неделя | 2 неделя | 3 неделя | 4 неделя |
| 1 | 2,20 ± 0,20 | 4,07 ± 0,20 | 10,85 ± 0,20 | 16,78 ± 0,20 |
| 2 | 0,41 ± 0,20 | 0,41 ± 0,20 | 4,26 ± 0,20 | 2,61 ± 0,20 |

Динамика изменения эффективности индекса ИСЗОУ

Таблица 2

| Группы | Показатели эффективности индекса ИСЗОУ | | | |
|--------|--|--------------|--------------|--------------|
| | 1 неделя | 2 неделя | 3 неделя | 4 неделя |
| 1 | 24,15 ± 1,63 | 25,89 ± 2,33 | 34,97 ± 2,15 | 35,42 ± 3,55 |
| 2 | 21,37 ± 1,12 | 23,16 ± 1,21 | 24,17 ± 1,85 | 25,73 ± 1,63 |

ность чувствительности в 1 группе достигла почти 35,42%, в отличие от контрольной (таблица 2).

Для предупреждения развития некариозных поражений зубов у беременных важны следующие профилактические мероприятия:

1. забота о здоровье беременной женщины, а затем новорожденного;
2. профилактика инфекционных и неинфекционных заболеваний у беременных;
3. своевременное и эффективное лечение соматических заболеваний (острые инфекционные заболевания, алиментарные дистрофии и гипо- и авитаминозы);
4. проведение стоматологической и санитарно-просветительской работы в женских консультациях [10,16].

Для осуществления этих мероприятий работа стоматолога должна проводиться в тесном контакте с гинекологом. Возрастает актуальность разработки методики и организационных форм проведения оздоровления полости рта у различных групп беременных в зависимости от осложнений гестационного периода, возраста женщин, наличия у них экстрагенитальной патологии [1,4]. Организация стоматологической помощи и профилактика нозологических форм поражений твердых тканей зуба у женщин в период беременности в современных условиях остается не до конца решенной проблемой, что определяет актуальность проведения исследования в этом направлении.

Комплексная схема профилактики и лечения в сложившейся ситуации позволяет сохранить зубочелюстную систему в активно функционирующем состоянии и повысить уровень стоматологического здоровья беременных женщин с минимальными экономическими затратами, используя все доступные методы и средства стоматологической просветительской деятельности [5,8].

Литература

1. Дрожжина В.А., Соловьева–Савоярова Г.Е. Состояние гормонального фона у женщин, имеющих некариозные поражения зубов // Институт стоматологии. – 2006. – №2(31). – С. 70-73.
2. Вавилова Т.П., Янушевич О.О., Островская И.Г. Слюна. Аналитические возможности и

перспективы. – М.: Издательство БИНОМ, 2014. – 312 с.

3. Даурова Ф.Ю., Умнова Т.Н. Гормональный и микроэлементный статус женщин репродуктивного возраста с некариозными поражениями зубов. // Технологии живых систем. – 2012. -Т.9- №4. - С.41-45.

4. Иорданишвили А.К. Клиническая стоматология: руководство для врачей / Под ред. проф. А.К. Иорданишвили. – М.: Медицинская книга, 2010. – 228 с.

5. Бахмудов М.Б. Поражаемость кариесом зубов беременных женщин и пути совершенствования организации лечебно-профилактических мероприятий: Автореферат диссертация кандидата медицинских наук: 14.01.14. – Ставрополь, 2010. – 26 с.

6. Калинина О.В. Роль средств гигиены в профилактике кариеса у беременных женщин // Пародонтология. – 2009. - № 3. - С.72.

7. Калинина О.В. Особенности формирования индивидуальной гигиенической программы профилактики стоматологических заболеваний у беременных: Автореферат диссертация кандидата медицинских наук: 14.01.14. - Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова. Санкт-Петербург, 2013. – 16 с.

8. Улитовский С.Б. Индивидуальные и групповые беседы и занятия с детьми различного возраста и их родителями по вопросам индивидуальной гигиены полости рта и профилактики стоматологических заболеваний // Новое в стоматологии. – 2002. – № 1.– С. 47-48.

9. Улитовский С.Б. Определение уровня гигиенических знаний // Новое в стоматологии. – 2003. – № 6. – С. 78-80.

10. Улитовский С.Б. Энциклопедия профилактической стоматологии. – СПб.: Человек, 2004. – 184 с.

11. Улитовский С. Б. Гиперчувствительность атакует // Стоматология сегодня. – 2009. – № 9. – С. 23.

12. Якубова И.И., Крижалко О.В. Обоснование тактики врача-стоматолога до и во время беременности, в период лактации. Часть IV. II триместр беременности // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2010. – №3. – С. 35-39.

13. Ямщикова Е.Е. Профилактика стоматологических заболеваний у женщин с физио-

- логической и осложненной гестозом беременностью: Автореф. дис. к. м. н. / Московский государственный медико-стоматологический университет Росздрава. – 2010. – 26 с.
14. Addy M. Dentine hypersensitivity: new perspectives on an old problems // *Int. DentJ.* – 2002. – N5. – P.367-375.
15. Figueiredo C., Rosalem C., Cantanhede A., Thomaz E., Cruz M. Systemic alterations and their oral manifestations in pregnant women// *J. Obstetrics and Gynaecology Research.* – 2017. – Vol. 43, № 1. – P. 16-22.
16. Minozzi F, Chipaila N., Unfer V, Minozzi M. Odontostomatological approach to the pregnant patient // *European Review for Medical and Pharmacological Sciences.* – 2008. – Vol. 12, № 1. – P. 397-409.
17. Pirie M., Cooke I., Linden G., Irwin C. Dental manifestations of pregnancy // *The Obstetrician and Gynaecologist.* – 2007. – Vol. 9, № 1. – P. 21–26.

Определение очищающей эффективности зубных паст как критерий выбора средств гигиены у ортодонтических пациентов

С.Б. Улитовский

д.м.н., профессор, заведующий кафедрой,¹ профессор²

А.В. Шевцов

ассистент,¹ аспирант²

¹⁾ кафедра стоматологии профилактической ПСПбГМУ им И.П. Павлова

²⁾ кафедра стоматологии терапевтической СПбГУ

Введение

В структуре стоматологических заболеваний зубочелюстные аномалии относятся к числу патологий с очень высокой распространенностью в общей популяции, причем динамика заболеваемости имеет явный неблагоприятный прогноз вследствие эволюционной редукции челюстно-лицевой области и отсутствия мер эффективной профилактики. Данные обстоятельства подчеркивают значимость лечебных мероприятий в нормализации функциональных, морфологических и эстетических норм зубочелюстной системы.

На этапах лечения несъемной ортодонтической техники у пациентов увеличивается риск развития кариеса зубов [1,2]. По данным ряда авторов, в 12-50% случаев у ортодонтических пациентов диагностируются белые пятна на гладких поверхностях зубов (кариес в стадии мелового пятна). Признаки кариозного процесса в виде участков демине-

рализации эмали проявляются уже через 4 недели от начала лечения и распространяются на глубину 100 мкм [3].

Элементы ортодонтической техники являются ретенционными пунктами, где скапливается пища и быстро формируется зубной налет. В условиях недостаточного ухода за полостью рта и снижения доступа к определенным участкам зуба слюны как реминерализующей жидкости активно протекают процессы деминерализации эмали [4]. В литературе описано большое количество способов профилактики кариеса у таких пациентов. В частности, рекомендуется: снизить частоту употребления углеводов и исключить их между основными приемами пищи, а также полоскать рот водой после каждого приема пищи [5, 6, 7,8,12]; использовать методы профессиональной профилактики [11,12]. Однако при высокой эффективности каждого метода в литературе нет четко разработанных и научно обоснован-

ных алгоритмов профилактических мероприятий для пациентов с несъемной ортодонтической техникой.

Актуальность

С использованием брекет-систем в последние годы значительно увеличилось их использование в ортодонтическом лечении зубочелюстных аномалий во всех возрастных группах. [2,4,7] Данный факт обуславливает ещё большую значимость обучения пациентов, использующих подобные типы ортодонтического аппарата, правилам и особенностям проведения индивидуальной гигиены полости рта с целью достижения максимального профилактического эффекта в процессе ортодонтического лечения [9-12]. Соблюдение индивидуальной гигиены полости рта это один из наиболее важных факторов, контролируемых пациентом в течение ортодонтического лечения. Многочисленные исследования демонстрируют стремительное снижение гигиены рта после фиксации аппаратуры [1,3,4,5,6]. Известно, что в конце ортодонтического лечения показатели гигиены полости рта у пациентов самые худшие [10,12], что демонстрирует проблему достижения постоянного и допустимого уровня ИГ в течение лечения, что обуславливает потребность разработки методов предотвращения возникновения кариеса зубов и предупреждения развития заболеваний пародонта с целью поддержания стоматологического статуса у ортодонтического больного.

Цель

Целью данного исследования являлось определение очищающего действия и очищающей эффективности зубных паст у ортодонтических пациентов для последующего их использования в разработке «Индивидуальных гигиенических программ профилактики стоматологических заболеваний у ортодонтических пациентов».

Материалы и методика

В апробации средств гигиены принимало участие 60 человек. Ортодонтические пациенты применяли зубные пасты в соответствии с разработанными для них «Индивидуальными гигиеническими программами профилактики стоматологических заболеваний».

дualными гигиеническими программами профилактики стоматологических заболеваний».

Для изучения очищающего действия определяли индекс гигиены Грина-Вермиллиона упрощенный (ОНИ-S) (Green, Vermillion, 1964) (рис. 1). Очищающую эффективность определяли по формуле 1:

$$\text{Эффект (\%)} = \frac{100 \times (\text{ИГ}_0 - \text{ИГ}_n)}{\text{ИГ}_0} \quad (1)$$

ИГ₀ – цифровой показатель индекса в начале исследования, перед гигиенической процедурой;

ИГ_n – цифровой показатель индекса через n-число недель исследования, на последнем осмотре, перед гигиенической процедурой.

Пациенты, находящиеся на ортодонтическом лечении с использованием брекет-систем, были разделены на 6 групп по 10 человек, в зависимости от используемых ими средств оральной гигиены:

1-ю группу составили ортодонтические пациенты, в «Индивидуальную гигиеническую программу профилактики» которых наряду с зубной щёткой специального назначения «ОРТНО», входили межзубной ёршик, профилактическая мануальная щётка, и профилактическая зубная паста «АСЕПТА PLUS Кофе и табак»;

2-ю группу составили ортодонтические пациенты, в «Индивидуальную гигиеническую программу профилактики» которых наряду с зубной щёткой специального назначения «ОРТНО», входили межзубной ёршик, профилактическая мануальная щётка, и профилактическая зубная паста «SPLAT Ультракомплекс»;

3-ю группу составили ортодонтические пациенты, в «Индивидуальную гигиеническую программу профилактики» которых наряду с зубной щёткой специального назначения «ОРТНО», входили межзубной ёршик, профилактическая мануальная щётка, и профилактическая зубная паста «Colgate максимальная защита от кариеса + нейтрализатор сахарных кислот»;

4-ю группу составили ортодонтические пациенты, в «Индивидуальную гигиеническую программу профилактики» которых наряду с зубной щёткой специального назначения «ОРТНО», входили межзубной ёршик, профилактическая мануальная щётка, и профилактическая зубная паста «Colgate максимальная защита от кариеса + нейтрализатор сахарных кислот».



Рис. 1. Индексная оценка зубов с брекетами
а) – окрашивание раствором б) – после чистки зубов

скую программу профилактики» которых на ряду с зубной щёткой специального назначения «ORTHO», входили межзубной ёршик, профилактическая мануальная щётка, и профилактическая зубная паста «SPLAT Ароматерапия»;

5-ю группу составили ортодонтические пациенты, в «Индивидуальную гигиеническую программу профилактики» которых на ряду с зубной щёткой специального назначения «ORTHO», входили межзубной ёршик, профилактическая мануальная щётка, и профилактическая зубная паста «Blend-a-med травяной сбор»;

6-ю группу составили ортодонтические пациенты, в «Индивидуальную гигиеническую программу профилактики» которых на ряду

с зубной щёткой специального назначения ORTHO, входили межзубной ёршик, профилактическая мануальная щётка, и профилактическая зубная паста «SPLAT Биокальций». В табл. 1 сведены данные по составу активных компонентов в используемых зубных пастах.

Результаты

В результате изучения динамики изменения цифровых показателей индекса гигиены Грина-Вермиллиона в течение четырех недель у ортодонтических пациентов, использовавших различные «Индивидуальные гигиенические программы профилактики ...», получили данные, которые нашли свое отражение в таблице 2.

Таблица 1

Активные компоненты зубных паст

| № пп | Наименование используемых паст | Активные компоненты |
|------|--|--|
| 1 | АСЕПТА PLUS Кофе и табак | Мелкодисперсные абразивно-полирующие компоненты, фермент папаин, пирофосфаты, цинк, фтор, калий, эфирное масло лимона, экстракты аира, алоэ и бетаин |
| 2 | SPLAT Ультракомплекс | Биоактивный кальцис, гидроксипатит, ферменты из папайи с компонентом поливинилпирролидон (Polydon®), ионы цинка |
| 3 | Colgate максимальная защита от кариеса + нейтрализатор сахарных кислот | Двуокись кремния, карбонат кальция, монофторофосфат натрия 1.1 %, (1450 ppm F-) |
| 4 | SPLAT Ароматерапия | Эфирные масла розового дерева, лавандина и бергамота, комплекс ферментов из ананаса и папайи, компонент polydon®, экстракт фиалки, биоактивный кальцис |
| 5 | Blend-a-med травяной сбор | Фтористый натрий, «Кальци-Стат» и экстракты трав травы (шалфей, мелисса, ромашка и эвкалипт) |
| 6 | SPLAT Биокальций | Биоактивный кальцис и гидроксипатит, фермент папаин с компонентом polydon, бикарбонат натрия, система sp. White system |

Динамика индекса Грина-Вермиллиона

Таблица 2

| Группа | Индекс гигиены Грина-Вермиллиона: период обследования | | | | |
|----------|---|------------|------------|------------|------------|
| | Начало | 1-я неделя | 2-я неделя | 3-я неделя | 4-я неделя |
| 1 группа | 3,75±0,07 | 2,89±0,06 | 2,21±0,04 | 1,74±0,04 | 1,19±0,03 |
| 2 группа | 4,17±0,09 | 2,67±0,04 | 2,33±0,04 | 1,33±0,03 | 0,83±0,02 |
| 3 группа | 3,83±0,06 | 2,33±0,04 | 1,67±0,03 | 1,27±0,03 | 0,87±0,02 |
| 4 группа | 2,71±0,04 | 2,04±0,04 | 1,66±0,03 | 1,33±0,03 | 1,17±0,03 |
| 5 группа | 2,68±0,04 | 2,02±0,04 | 1,69±0,03 | 1,53±0,03 | 1,49±0,03 |
| 6 группа | 2,74±0,04 | 2,01±0,04 | 1,55±0,03 | 1,33±0,03 | 1,02±0,02 |

Из табл. 2 видно, что в 1 группе показатели индекса за период исследования изменился с 3,75±0,07 (в начале) до 1,19±0,03 (4 неделя); во 2 группе с 4,17±0,09 до 0,83±0,02; в 3 группе с 3,83±0,06 до 0,87±0,02; в 4 группе с 2,71±0,04 до 1,17±0,03; в 5 группе с 2,68±0,04 до 1,49±0,03; в 6 группе с 2,74±0,04 до 1,02±0,02. На основании этих данных был проведен расчет очищающей эффективности (табл. 3).

На рис. 2 представлена динамика изменения очищающей эффективности в различных группах обследованных с использованием «Индивидуальных гигиенических программ профилактики стоматологических заболеваний у пациентов с брекет-системами», в основе которых лежат различные активные компоненты.

Именно расчёт очищающей эффективности позволяет нам сделать вывод о наиболее эф-

фективных программах, использованных в группах пробантов.

На рис. 2 представлены показатели очищающей эффективности за 4 недели у ортодонтических пациентов, использовавших различные зубные пасты, которые составили: в группе 1 – 68,27±2,30%; в группе 2 – 80,10±2,26%; в группе 3 – 77,28±2,36% в группе 4 – 56,83±2,26%; в группе 5 – 44,40±1,96%; в группе 6 – 62,77±2,26%. Из этих данных видно, что гигиеническая программа, использованная во 2 группе, оказалась одной из наиболее эффективной, причем на всем протяжении исследования. Программа, применяемая в 3 группе, по своим показателям была близка к результатам, полученным во 2 группе, однако к концу исследования цифровые показатели полученные в ней через 4 недели оказались несколько ниже, чем во 2 группе.

Динамика очищающей эффективности по индексу Грина-Вермиллиона

Таблица 3

| Группы | Изменение очищающей эффективности (%): период обследования | | | |
|--------|--|------------|------------|------------|
| | 1-я неделя | 2-я неделя | 3-я неделя | 4-я неделя |
| 1 | 22,93±1,87 | 41,07±2,08 | 53,60±1,81 | 68,27±2,30 |
| 2 | 35,97±2,16 | 44,12±1,50 | 68,11±1,72 | 80,10±2,26 |
| 3 | 39,16±1,57 | 56,40±1,72 | 66,84±1,8 | 77,28±2,36 |
| 4 | 24,72±1,48 | 38,75±1,96 | 50,92±1,81 | 56,83±2,26 |
| 5 | 24,63±1,49 | 36,94±1,98 | 42,91±1,78 | 44,40±1,96 |
| 6 | 26,64±1,46 | 43,43±1,99 | 51,46±1,94 | 62,77±2,26 |

На основании проделанного исследования был сделан следующий вывод: Очищающая эффективность по индексу Грина-Вермиллиона у ортодонтических пациентов в 1 группе к концу 4 недели составила $68,27 \pm 2,30\%$; во 2 группе $80,10 \pm 2,26\%$; в 3-й группе – $77,28 \pm 2,36\%$; в 4-й группе $56,83 \pm 2,26\%$; в 5-й группе – $44,40 \pm 1,96\%$; в 6-й группе – $62,77 \pm 2,26\%$.

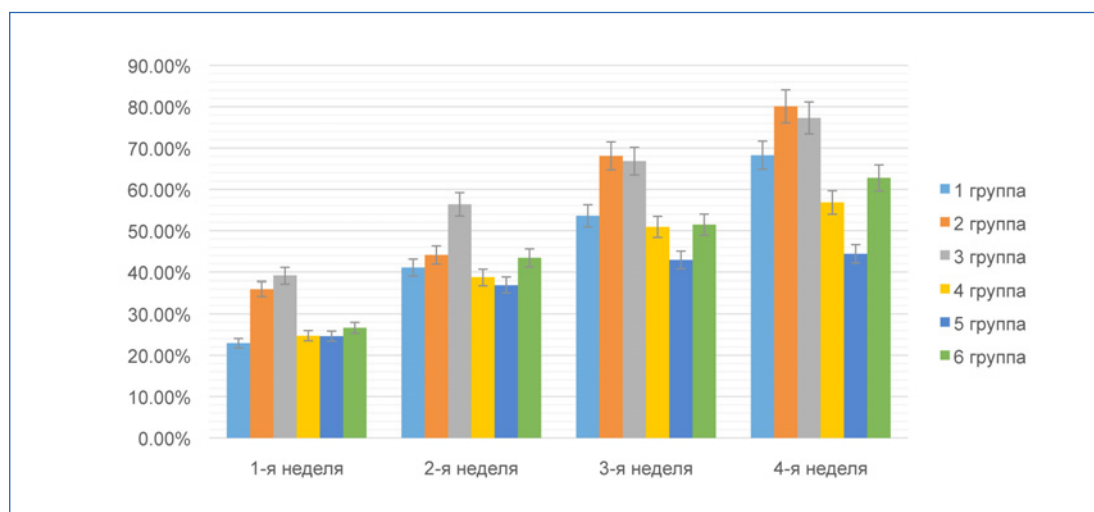
Заключение

Таким образом, исходя из полученных данных можно заключить, что наибольшая очищающая эффективность была получена во 2 группе, использовавшей в своей «Индивидуальной гигиенической программе профилактики стоматологических заболеваний у ортодонтических пациентов» на основе использования зубной пасты «SPLAT Ультра-комплекс» и в 3 группе, на основе зубной пасты «Colgate максимальная защита от кариеса + нейтрализатор сахарных кислот». Исходя из этих данных, можно заключить, что при составлении «Индивидуальных программ профилактики стоматологических заболеваний у ортодонтических пациентов» следует применять средства оральной гигиены, использованные во 2 и 3 группах пробантов.

Литература

1. Abufarwa, M. Reliability and validity of FluoreCam for white spot lesion detection: An in vitro study / M. Abufarwa, A. Noureldin, P. M. Campbell, P. H. Buschnag // Journal of investigative and clinical dentistry. — 2017
2. Abufarwa, M. White spot lesions: Does etching really matter? / M. Abufarwa, R. D. Voorhees, V. G. Varanasi, P. M. Campbell, P. H. Buschang // Journal of investigative and clinical dentistry. — 2017.
3. Al Maaitah, E. F. Factors affecting demineralization during orthodontic treatment: a post-hoc analysis of RCT recruits / E. F. Al Maaitah, A. A. Adeyemi, S. M. Higham, N. Pender, J. E. Harrison // Am. J. Orthod. Dentofacial. Orthop. — 2011. — № 139. — С. 18–19.
4. Sukontapatipark, W. Bacterial colonization associated with fixed orthodontic appliances. A scanning electron microscopy study / W. Sukontapatipark, M. A. el-Agroudi, N. J. Selliseth, K. Thunold, K. A. Selvig // The European Journal of Orthodontics. — 2001. — Т. 23. — №. 5. — С. 475–484.
5. Tausche, E. Prevalence of malocclusion in the early mixed dentition and orthodontic treatment need / E. Tausche, O. Luck, W. Harzer // American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics. — 2005. — Т. 127. — № 3. — С. 394.

Рис. 2. Изменение очищающей эффективности по индексу Грина-Вермиллиона.



6. Teixeira, H. S. Calcium, amylase, glucose, total protein concentrations, flow rate, pH and buffering capacity of saliva in patients undergoing orthodontic treatment with fixed appliances / H. S. Teixeira, S. M.O. Kaulfuss, J. S. Ribeiro, B. R. Pereira, J. A. Brancher, E. S. Camargo // *Dental. Press. J. Orthod.* — 2012. — № 17 — С. 157—161.
7. Tufekci, E. Prevalence of white spot lesions during orthodontic treatment with fixed appliances / E. Tufekci, J. S. Dixon, J. C. Gunsolley, S. J. Lindauer // *Angle Orthod.* — 2011 — № 81(2) — С. 206—210.
8. Арсенина, О. И. Лечебнопрофилактические мероприятия при ортодонтическом лечении с использованием несъемной техники: Пособие для врачей-ортодонтов / О. И. Арсенина, Э. Б. Сахарова, М. В. Кабачек, А. В. Попова // Пособие для врачей-ортодонтов.- М.: «Нефть и газ». — 2002.—55 с.
9. Улитовский, С. Б. Гигиена полости рта в ортодонтии и ортопедической стоматологии. / С. Б. Улитовский — М.: Медицинская книга — 2003. — 113 с.
10. Улитовский, С. Б. Индивидуальная гигиена полости рта / С. Б. Улитовский — М.: МЕД-пресс-информ. — 2005. — 192 с.
11. Улитовский, С. Б. Индивидуальная гигиеническая программа профилактики стоматологических заболеваний / С. Б. Улитовский. — М.: Мед. кн., Н. Новгород: НГМА — 2003. — 291 с.
12. Улитовский, С. Б. Новые подходы к профилактике кариеса / С. Б. Улитовский // *Клиническая стоматология.*—2014.—№ 4.— С.20—24.
13. Улитовский, С. Б. Профилактика кариеса: нейтрализация кислот / С. Б. Улитовский // *Стоматолог-практик.*—2015.—№ 2.—С.10—12.
14. Улитовский, С. Б. Ситуационная гигиена полости рта / С. Б. Улитовский — СПб.: Человек. — 2013. — 596 с.
15. Улитовский, С. Б. Средства гигиены полости рта как мотивация стоматологического здоровья / С. Б. Улитовский, Е. С. Алексеева, О. В. Калинина // *Пародонтология.*—2011.—Т. 16, № 2.—С.65—66.
16. Улитовский, С. Б. Стоматология: профилактика как образ жизни / С. Б. Улитовский. — СПб.: Человек, 2009.—128 с.
17. Щербаков, А. С. Аномалии прикуса у взрослых: монография / А. С. Щербаков // М.: Медицина. — 1986. — 192 с.

Лечение и особенности гигиены при пародонтите легкой и средней степеней тяжести

С. Б. Улитовский,
зав. кафедрой ПФС, профессор, д.м.н.

А. А. Леонтьев,
доцент кафедры ПФС, к.м.н.
ПСПбГМУ им. И.П. Павлова

Проблема лечения и профилактики воспалительных заболеваний пародонта сохраняет свою актуальность до сих пор. Появление новых средств, их разработка, апробация, и внедрение сохраняют свою актуальность в связи с меняющимися условиями окружающей человека среды. Появление новых факторов риска и повышение активности существующих. И прочие факторы, и особенности обитания определяют потребности в новых подходах и разработке новых планов лечения. Все это обуславливает потребность в новых средствах профилактики. По этой причине так важно разбираться в появляющихся новых средствах оральной гигиены предназначенных для профилактики воспалительных заболеваний пародонта. Чтобы понимать какое из средств надо назначить пациенту включая его в «Индивидуальную гигиеническую программу профилактики при воспалительных заболеваниях пародонта» надо знать входящие в его состав компоненты и направленность их действия. Тогда мы сможем понять, что назначается в острый период и на какой срок, а что в период реабилитации.

Рис. 1. Бальзам для десен «Асепта» адгезивный



Так в состав бальзама для десен «Асепта» адгезивного входят следующие активные компоненты: метронидазол (1,0%), хлоргексидин биглюконат (0,1%), масло мяты эфирное (0,3%), ментол (0,008%); и вспомогательные компоненты: масло вазелиновое, натрий карбоксиметилцеллюлоза, пектин, вазелин, полиэтиленоксид 400, полиэтиленгликолевый эфир лаурилового спирта, метилпарабен, пропилпарабен (рис. 1). Именно свойства активных компонентов определяют направленность действия.

Метронидазол представляет собой производное нитроимидазола, активен в отношении анаэробных простейших и анаэробных бактерий, вызывающих заболевания пародонта: *Prophyromonas gingivalis*, *Prevotella intermedia*, *Prevotella denticola*, *Fusobacterium fusiformis*, *Wolinella recta*, *Treponema spp.*, *Eikenella corrodens*, *Borrelia vincenti*, *Bacteroides melaninigenicus*, *Senelomonas spp.*

Хлоргексидин – это антисептик широкого спектра действия. Активен в отношении вегетативных форм грамотрицательных и грамположительных микроорганизмов, дрожжей, дерматофитов и липофильных вирусов.

Действие бальзама дополняется бактерицидными свойствами эфирного масла мяты и освежающим эффектом ментола.

Именно такие компоненты, как хлоргексидин и метронидазол определяют использование бальзама в острый период воспали-

тельных заболеваний пародонта, что вполне оправдано и соответствует их основным свойствам. В тоже время надо учитывать, что именно из-за этих же компонентов его необходимо применять не более 2-3 недель, чтобы под их воздействием не происходило изменение микробного пейзажа. Повышенная адгезия к мягким тканям десны позволяет зафиксировать бальзам в области наиболее выраженных воспалительных явлений. Кроме того, фиксация в течение 45-60 минут позволяет ввести максимальную дозу активных противовоспалительных компонентов в область очага воспаления.

Период 2-3 недель вполне достаточен для купирования основных проявлений воспаления в пародонте. Если же этого не произошло, то надо подбирать более новые средства борьбы с воспалением. Среди них могут быть такие средства, как ополаскиватели и пасты с активными компонентами.

Противовоспалительные свойства

Применение бальзама для десен «АСЕПТА» в течение 10 -14 дней показало, что под его воздействием наблюдается улучшение состояния пародонта, выражающееся в снижении воспалительных явлений в мягких тканях пародонта.

В таблице 1 представлены результаты определения динамики изменения цифровых показателей индекса ПИ по Расселу в течение исследуемого периода при использовании

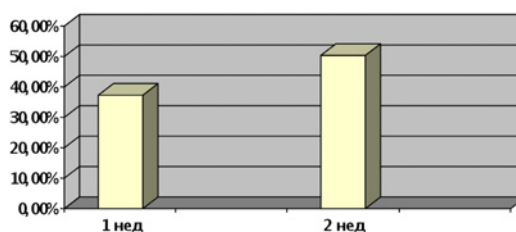


Рис. 2. Сравнительная картина динамики пародонтального индекса РМА в течение всего периода исследования при использовании бальзама

образцов лечебно-профилактического противовоспалительного бальзама для десен «АСЕПТА».

Как видно из табл. 1 в группе, использовавшей противовоспалительный бальзам наблюдалось выраженное противовоспалительное воздействие, которое выразилось в снижении цифрового показателя индекса ПИ на 20,18 % за первую неделю использования бальзама и еще более интенсивное изменение показателя индекса произошло за вторую неделю, и составило 46,27 %.

В таблицу 2 сведены данные изменения цифровых показателей индекса РМА.

На рис. 2 представлена динамика противовоспалительной активности использованного бальзама для десен полученная по результатам оценки пародонтального индекса РМА.

Изменение состояния пародонта при использовании противовоспалительного бальзама для десен по индексу ПИ по Расселу

Таблица 1

| Время осмотра | Показатели индекса ПИ по Расселу | Оценка противовоспалительного эффекта |
|----------------|----------------------------------|---------------------------------------|
| 0 | 4,56 | – |
| Через 1 неделю | 3,64 | 20,18 % |
| Через 2 недели | 2,45 | 46,27 % |

Изменение состояния пародонта при использовании бальзама для десен по индексу РМА

Таблица 2

| Время осмотра | Показатели индекса РМА | Оценка противовоспалительного эффекта (%) |
|----------------|------------------------|---|
| 0 | 49,83 | – |
| Через 1 неделю | 31,28 | 37,23 |
| Через 2 недели | 24,75 | 50,33 |

По результатам определения противовоспалительной эффективности по индексу РМА прослеживается аналогичная картина, что мы получили и при определении противовоспалительной эффективности по индексу ПИ. Выраженный подъем противовоспалительного действия наблюдался в группе, использовавшей противовоспалительный бальзам для десен, в течение всего периода использования.

По рис. 2 четко прослеживается преобладание противовоспалительного действия бальзама для десен во все периоды исследования. Динамика противовоспалительного эффекта наблюдается в динамике цифровых показателей индекса РМА, которое выразилось в их снижении с 49,83 в начале исследования до 31,28 через одну неделю использования бальзама, а через еще одну неделю этот показатель снизился до 24,75. Данная динамика показала высокий противовоспалительный эффект который через одну неделю составил 37,23%, а через две недели 50,33%, что является очень высоким показателем свидетельствующем о эффективности проводимого лечения и используемого для этого препарата.



Рис. 3. Профилактический ополаскиватель «Асепта»

В состав ополаскивателя для полости рта «Асепта» входят такие активные вещества, как бензидамин гидрохлорид (0,15%), хлоргексидин биглюконат (0,05%) и ментол (0,01%), а также вспомо-

гательные вещества (вода, сорбит, глицерин, полисорбат 20, мятная добавка, натрия сахаринат).

Бензидамин оказывает местное противовоспалительное и обезболивающее действие, которое может сопровождаться чувством онемения. Хорошо абсорбируется через слизистые оболочки и проникает в воспаленные ткани. Снижает болевую чувствительность в очаге воспаления (рис. 3). Сочетание бензидамина и хлоргексидина значительно расширяет количество микроорганизмов, на которые он воздействует.

Изменение состояния пародонта при использовании ополаскивателей для полости рта по индексу РМА

Таблица 3

| Время осмотра | Показатели индекса РМА (%) | | |
|---------------------|----------------------------|----------|----------|
| | 1 группа | 2 группа | 3 группа |
| Начало исследования | 61.51 | 71.40 | 65.75 |
| Через 1 неделю | 56.06 | 66.39 | 60.73 |
| Через 2 неделю | 50.95 | 62.64 | 54.70 |
| Через 3 неделю | 41.54 | 57.64 | 49.76 |
| Через 4 неделю | 36.44 | 53.05 | 44.82 |

Противовоспалительная эффективность ополаскивателей для полости рта по индексу гигиены РМА

Таблица 4

| Время осмотра | Оценка противовоспалительного эффекта (%) | | |
|----------------|---|----------|----------|
| | 1 группа | 2 группа | 3 группа |
| Через 1 неделю | 8.86 | 7.02 | 7.63 |
| Через 2 неделю | 17.17 | 12.27 | 16.81 |
| Через 3 неделю | 32.35 | 19.27 | 24.32 |
| Через 4 неделю | 40.64 | 25.70 | 31.83 |

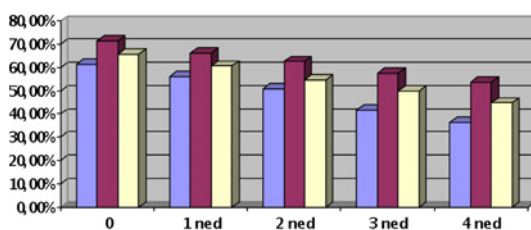


Рис. 4. Динамика изменения индекса РМА в исследуемых группах в течение четырех недель

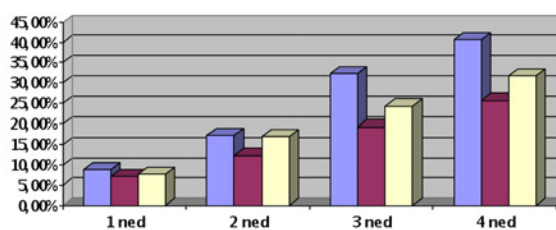


Рис. 5. Динамика изменения противовоспалительной эффективности используемых ополаскивателей в течение 4 недель

Именно эти компоненты и оказываемые ими свойства на воспаленные ткани определяют показания к их применению – острый период и период обострения в течении хронических воспалительных процессов в пародонте.

Противовоспалительное действие ополаскивателей для полости рта

После использования исследуемых ополаскивателей для полости рта в течение одного месяца состояние пародонта у пробантов значительно улучшалось, за счет уменьшения явлений воспаления, отечности и гиперемии.

Пробанты отмечали общее улучшение состояния полости рта, которое заключалось в устранении напряжения, зуда и жжение в дёснах.

Объективно десны стали более плотными, исчезла отечность, кровоточивость, напряжение мягких тканей, что подтвердилось изменением соответствующих цифровых показателей индексов.

Данные изучения изменения противовоспалительного действия используемых ополаскивателей для полости рта представлены в табл. 3 по трем группам (1 гр. - использовала ополаскиватель «Асепта», 2 гр. - ополаскиватель «Бензидамин», 3 гр. - ополаскиватель «Хлоргексидин»).

На рис. 4 представлена динамика изменения состояния воспаленных тканей пародонта под влиянием исследуемых ополаскивателей в течение 4 недель по показателям индекса РМА.

Из табл. 3 и рис. 4 видно, что в течение всего месяца исследования происходит доста-

точно равномерное снижение цифровых показателей индекса РМА, которое свидетельствует об уменьшении воспалительных явлений в мягких тканях пародонта. В 1 группе цифровые показатели индекса РМА снизились с 61,51% до 36,44%, во второй группе с 71,40% до 53,05% и в третьей с 65,75% до 44,82%, соответственно.

В таблице 4 представлены показатели изменения противовоспалительной эффективности в группах в зависимости от используемого ополаскивателя.

На рис. 5 представлена динамика изменения показателей противовоспалительной эффективности используемых ополаскивателей во всех трех группах за четырехнедельный период.

По мере использования ополаскивателей, во всех трех группах наблюдалась возрастающая динамика их противовоспалительной эффективности.

По таблице 4 и рисунку 5 наглядно видно, что в течении одного месяца использования ополаскивателей происходит неуклонный рост их противовоспалительного воздействия на воспаленные ткани пародонта, что выражается в увеличении цифровых показателей индекса РМА и определяемой на его основе противовоспалительной эффективности с 8,86% в 1 группе, который наблюдался в конце первой недели, до 40,64% в конце четвертой недели, с 7,02% до 25,70% и с 7,63% до 31,83% во 2 и 3 группах, соответственно.

Противовоспалительный эффект, определялся, как редукция индекса РМА через один месяц был равен 40,64% в 1 группе, 31,83% в 3 группе и 25,70% во 2 группе (табл. 4).



Рис. 6. Гель для десен «Асепта» с прополисом

В состав геля для десен «Асепта» с прополисом (рис. 6) входят такие активные вещества как экстракт прополиса (10,0 %) и вспомогательные вещества (вода, пропиленгликоль, карбомер, ПЭГ-40 гидрогенизированное касторовое масло, триэтанолламин, этилендиаминтетрауксусная кислота, натрия сахаринат, метилпарабен).

Этот гель изготовлен на основе продукта жизнедеятельности пчел. Сам прополис обладает противовоспалительным, противомикробным действием в отношении грамположительных бактерий, а также противозудным и анальгезирующим эффектами (снижает болезненность пораженных тканей), ускоряет процесс регенерации и эпителизации раневых поверхностей, стимулирует метаболические процессы. Учитывая эти свойства геля, его следует использовать в спокойные периоды, т.е. вне периодов обострения, что вызвано отсутствием прививания к нему основной патогенной микрофлоры, что обеспечивает возможность его использования в течение нескольких месяцев. Наряду с гелем на основе прополиса следует использовать зубную пасту «Асепта».



Рис. 7. Зубная паста «Асепта»

Лечебно-профилактическая зубная паста «Асепта» содержит растительные экстракты шалфея, календулы и зверобоя, которые оказывают выраженное противомикробное и противовоспалительное действие; ксилит (подсластитель) обеспечивает противокариесное действие; фермент папаин способствует расщеплению зубного налета, что обеспечивает его более эффективное удаление с поверхностей зубов и придание коронкам зубов их естественного цвета; лайм

и мята обеспечивают приятный вкус и свежее ротовое дыхание (рис. 7).

В соответствии с активными компонентами зубной пасты, ее следует использовать вне периодов обострения в течении хронических воспалительных заболеваний пародонта на протяжении 2-3 месяцев применения. Для зубной пасты характерно:

- органолептические свойства (вкус, запах и т.п.): отсутствие неприятных ощущений – отсутствует;
- отсутствие при однократном использовании и в течение месяца местнораздражающего и алергизирующего действия – отсутствует;
- очищающее действие: снижение индекса гигиены не менее чем на 40 % - редукция = 46,3%;
- очищающий эффект: положительная динамика – эффект = 44,2%;
- противовоспалительная эффективность: положительная динамика - эффективность = 33,43%;
- кровоостанавливающая эффективность: положительная динамика - эффективность = 61,91%.

Изучение сочетанного использования различных средств оральной гигиены представлено на рис. 8.

Из рис. 8 видно, что правильное применение противовоспалительных средств оральной гигиены может быть эффективно в равной степени и обеспечивать высокий очищающий эффект, что в свою очередь создает положительные условия для борьбы с проявлениями генерализованного пародонтита, даже при его хроническом течении.

Таким образом, можно заключить, что при подборе средств оральной гигиены для пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом необходимо:

- учитывать свойства активных компонентов, входящих в состав этих средств;
- знать направленность действия активных компонентов, что определяет период их назначения и длительность использования;
- сочетаемость этих средств между собой, что определяет этапность их применения при составлении «Индивидуальных гигиенических программ профилактики при воспалительных заболеваниях пародонта»;

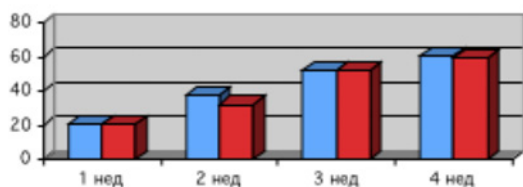


Рис. 8. Динамика очищающего эффекта в течение 4 недель апробации средств серии «Асепта»: зубной пасты с ополаскивателем (1 гр) и зубной пасты с бальзамом (2 гр) при хроническом генерализованном пародонтите

- противовоспалительное действие бальзама для десен выражено во все периоды исследования;
- динамика противовоспалительного эффекта наблюдалась в снижении воспалительных явлений, которая через одну неделю составила 37,23%, а через две недели 50,33%;
- динамика цифровых показателей индекса РМА, выразилась в снижении с 49,83 в начале исследования до 31,28 через одну неделю использования бальзама, через две недели этот показатель снизился до 24,75;
- полученные результаты динамики цифровых показателей пародонтологических индексов и противовоспалительного эффекта свидетельствуют о выраженной эффективности проводимого лечения и используемого для этого препарата;

- в течение всего месяца исследования происходит достаточно равномерное снижение цифровых показателей индекса РМА, которое свидетельствует об уменьшении воспалительных явлений в мягких тканях пародонта;

- в 1 группе цифровые показатели индекса РМА снизились с 61,51% до 36,44%, во второй группе с 71,40% до 53,05% и в третьей с 65,75% до 44,82%, соответственно;

- противовоспалительный эффект по индексу РМА через один месяц был равен 40,64% в 1 группе, 31,83% в 3 группе и 25,70% во 2 группе.

Таким образом, комплексное использование средств оральной гигиены позволяет обеспечить снижение показателей воспаления в тканях пародонта. Средства применяются в зависимости от состояния пародонта – в острый период и при ремиссии.

Десенситивные композиции СПЛАТ Иннова

С.Б. Улитовский, зав. кафедрой ПФС проф.

Е.С. Алексеева, доц. кафедры, к.м.н.

О.В. Калинина, доц. кафедры, к.м.н.

В последние годы вопрос повышенной чувствительности зубов встает все острее, что связано с многообразием причин его вызывающих и возможностями решения этой проблемы. Однозначных сведений о распространенности гиперсенситивности зубов не существует, имеющиеся данные свидетельствуют, что этот показатель колеблется в пределах 57% - 62%, но и эти показатели будут относительными, так как учет заболеваемости идет по нозологическим формам, а не по симптомам сопровождающим то или иное заболевание.

Основными факторами, приводящими к возникновению и развитию гиперестезии зубов, являются:

1. рецессия десны, происходящая на фоне резорбции стенок альвеолы, сопровождающееся обнажением шейки и корня зуба;
2. потеря твердых тканей зубов происходящее при развитии таких некариозных пора-

жений, как патологическая стираемость эмали, клиновидный дефект, эрозия эмали и другие;

3. ятрогенные факторы (нарушение технологии постановки пломб, полирования восстановлений, последствия после отбеливания зубов и др.);

4. чувствительность к некоторым продуктам (пища с низкой величиной рН – помидоры, кислые яблоки);

5. чувствительность к отдельным лекарствам;

6. гипер- и гипофункции щитовидной железы, гастрит, общие заболевания.

Это далеко не полный перечень условий при которых возникает повышенная чувствительность зубов.

Одним из наиболее распространенных путей прохождения нервного импульса от места раздражения до головного мозга и обратно при гиперчувствительности является: открытые входные отверстия дентинных канальцев, из-за чего происходит вытекание внутриканальцевой жидкости и оголение отростка одонтобласта находящегося внутри дентинного канальца, а от одонтобласта по нервным окончаниям в ЦНС и из нее соответствующая реакция в обратном направлении.

Зная данный механизм были определены два наиболее распространенных механизма борьбы (снижения) с чувствительностью с помощью средств личной оральной гигиены.

Первый способ заключается в obturation входных отверстий дентинных канальцев. За счет этой закупорки происходит восстановление внутриканальцевой жидкости, увлажняется отросток одонтобласта внутри канальца и постепенно снижается более раздражение и нормализуется чувствительность.

Рис. 1. Комплект средств оральной гигиены рта способствующих снижению повышенной чувствительности зубов





Рис. 2. Входное отверстие в дентинный каналец

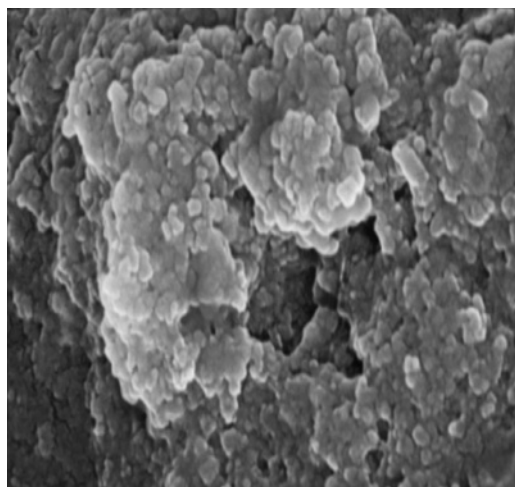


Рис. 3. Закрытое отверстие дентинного каналца после применения пасты INNOVA

Второй способ заключается в проникновении ионов калия, которые высвобождаются из солей калия содержащихся в зубных пастах или ополаскивателях, и проникая внутрь дентинных каналцев оседают снаружи отростка одонтобласта. Это явление приводит к восстановлению калий – натриевого равновесия снаружи и внутри отростка одонтобласта. Данный процесс протекает медленнее чем obturation входных отверстий.

С целью obturation входных отверстий дентинных каналцев используют две формы гидроксиапатита: это аморфная и кристаллическая.

Аморфный гидроксиапатит представляет собой активную форму, присутствует в слюне и определяет минерализующую функцию ротовой жидкости. Активно проникает внутрь дентинных каналцев obturiруя их. Кристаллический гидроксиапатит представляет собой неактивную форму, которая не участвует в природном равновесии минерализации эмали и малоэффективен при снижении чувствительности зубов.

В современных условиях у производителей средств личной гигиены рта появилась реальная возможность добиваться значительных успехов по снижению гиперчувствительности зубов с помощью активных компонентов входящих в состав зубных паст (рис. 1).

Использование наногидроксиапатита с размером частиц в 20-40 нм позволяет эффективно закупоривать входные отверстия дентинных каналцев. На рис. 2 видно входное отверстие в дентинный каналец до применения зубной пасты на основе наногидроксиапатита. На рис. 3 представлено состояние после использования зубной пасты INNOVA на основе наногидроксиапатита, когда произошла obturation входного отверстия дентинного каналца, а на поверхности образовался защитный слой из глобул наногидроксиапатита.

По результатам исследования серии INNOVA SENSITIVE получены следующие данные:

- серия паст «INNOVA SENSITIVE» обладает профилактическими свойствами;
- десенситивизация эффективностью зубных паст серии «INNOVA SENSITIVE» составляет от 63 -70% (в зависимости от пасты);
- индекс obturation дентинных каналцев Улитовского - Галибина равен 100%, что соответствует наивысшей степени obturation;
- Интегрированный индекс десенситивности равен 81-85%, что характеризует данные пасты, как пасты обладающие отличной степенью десенситивности.

Эти результаты свидетельствуют о том, что с помощью средств личной оральной гигиены можно эффективно бороться с явлениями гиперсенситивности зубов.

Роль дистальной ультразвуковой доплерографии в ранней диагностике воспалительных заболеваний пародонта

д.м.н., проф. **Л.Ю. Орехова**,¹
д.м.н., проф. **И.А. Горбачева**,²
асс. **Д.А. Попов**,²
асс. **Н.А. Яманидзе**,¹
Э.Н. Асфандиярова

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени акад. И.П. Павлова

¹⁾ Кафедра стоматологии терапевтической

²⁾ Кафедра внутренних болезней стоматологического факультета

Введение

Воспалительные заболевания пародонта можно охарактеризовать как медико-социальную проблему, что обусловлено многофакторностью патогенеза, трудностями лечения и широкой распространенностью среди населения. ВЗП являются одной из основных причин потери зубов.

Цель

Охарактеризовать роль ультразвуковой доплерографии в ранней диагностике воспалительных заболеваний пародонта и усовершенствовать методику для повышения диагностической значимости и достоверности результатов исследования.

Материалы и методы

Проводилось исследование дистального кровотока в тканях пародонта методом ультразвуковой доплерографии с помощью прибора «Минимакс-Допплер-К». Показания снимались в 24 точках локации (в области межзубного сосочка и переходной складки десны 1.1, 1.3, 1.6, 2.1, 2.3, 2.6, 3.1, 3.3, 3.6, 4.1, 4.3, 4.6 зубов). Регистрация данных осуществ-

лялась в программе «Минимакс-Допплер 2,1 бета». Для калибровки данной программы были взяты «крайние», заведомо несопоставимые группы пациентов – здоровые (23 студента в возрасте от 19 до 23 лет) и 10 пациентов 55-74 лет с ХСН II ф.к. NYHA.

Результаты

Получены достоверные различия V_s в области переходной складки ($6,5219 \pm 1,8251$ см/с у здоровых против $23,1984 \pm 9,3456$ см/с у пациентов ХСН, $p < 0.001$) и межзубного сосочка ($0,1021 \pm 2,1381$ см/с и $20,0687 \pm 6,9657$ см/с, $p < 0.00038$). Другие скоростные показатели отличал больший разброс значений и, несмотря на выявленные тенденции к повышению в группе пациентов с ХСН различия были недостоверны. При визуальной оценке доплерограмм обращали на себя внимание отличия формы доплерографической кривой у здоровых и пациентов с ХСН. В первой группе кривая имела плавный характер, у больных ХСН пульсовые волны регистрировались в виде острых пиков, что свидетельствовало о большом перепаде систолического и диастолического давлений

и высоком сопротивлении кровотоку. Приведены клинические примеры обследования больных по разработанной методике. Допплерограмма курильщика 48 лет имела схожий характер с таковой у пациентов с ХСН. У пациентов в возрасте 25-28 лет с хроническим пародонтитом легкой и средней степени тяжести также наблюдается характерное изменение формы доплерографической кривой.

Выводы

Предложенная методика доплерографии пародонта обладает достаточной чувствительностью для выявления достоверных различий параметров микроциркуляции у различных групп пациентов. Нарушения микроциркуляции пародонта могут быть выявлены еще на доклинической стадии заболевания. Оценка доплерограммы должна учитывать не только скоростные показатели, но и форму доплерограммы и быть клинически ориентированной. Усредненный показатель скорости кровотока, как правило, позволяет дать индивидуальную оценку нарушений микроциркуляции у конкретного пациента. Проведение повторных исследований пародонтального кровотока позволяет оценивать динамику заболевания и контролировать эффективность проводимого лечения.

Патология зубов и пародонта у детей, страдающих сахарным диабетом

В.С. Переверзев,

слушатель Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова

В.С. Солдатов,

студент Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И. П. Павлова

Резюме

Сахарный диабет является хроническим заболеванием, в основе которого лежат сложные нейроэндокринные механизмы, при которых возникают морфофункциональные изменения во многих органах и системах организма человека [2, 5]. Учитывая, что сахарный диабет характеризуется различными морфофункциональными и метаболическими нарушениями, стоматологические проявления этого заболевания отмечают у подавляющего большинства пациентов, а некоторые специалисты-стоматологи указывают на 100% поражение органов и тканей полости рта у больных, страдающих сахарным диабетом. Стоматологические проявления сахарного диабета могут являться непосредственным следствием ослабления или утраты специфических эффектов инсулина, а также ранее указанных метаболических нарушений [3, 4]. В тоже время, следует отметить, что, несмотря на большое число осложнений сахарного диабета недостаточно внимания уделяется повышению стоматологического здоровья детей, страдающих сахарным диабетом, а также лечебно-профилактических мер, направленных на сохранение зубов и профилактику обострений воспалительного процесса в тканях пародонта.

Ключевые слова: дети, сахарный диабет, пародонт, гигиена полости рта, зубная паста, микрокристаллизация слюны

PATHOLOGY OF TEETH AND PARODONT AT CHILDREN SUFFERING FROM THE DIABETES MELLITUS

V. S. Pereverzev, V. S. Soldatov

Abstract

The diabetes mellitus is chronic diseases which based on difficult morphofunctional changes in many organs and systems of a human body. Considering that the diabetes mellitus is characterized by various morphofunctional and metabolic disturbances. The vast majority of patients have dental implications of this disease, also some dentists point to 100% lesion of organs and tissues of an oral cavity at the patients suffering from a diabetes mellitus. Dental implications of a diabetes mellitus can be an immediate consequence of weakening or loss of specific effects of insulin. It is necessary to notice that, despite of large number of complications of a diabetes mellitus not enough attention is paid to rising of dental health of the children suffering from a diabetes mellitus and also the treatment-and-prophylactic measures referred on saving of teeth and prophylaxis of exacerbations of inflammatory process in tissues of a parodont.

Key words: children, diabetes mellitus, parodont, hygiene of an oral cavity, toothpaste, saliva microcrystallization

Цель исследования: изучить особенности стоматологического статуса у детей, страдающих сахарным диабетом и улучшить состояние тканей пародонта и уровень индивидуальной гигиены полости рта в процессе их динамического наблюдения у детского врача-стоматолога.

Материал и методы исследования

На основании динамического наблюдения за стоматологическим статусом 59 (31 мальчик 28 девочек) детей в возрасте от 5 до 7 лет, из которых 31 ребёнок страдал сахарным диабетом, проведена оценка влияния рассматриваемой соматической патологии на состояние твёрдых тканей зубов, пародонта и уровень индивидуальной гигиены полости рта, а также изучены особенности микрокристаллизации слюны по общепринятой методике [1]. В процессе наблюдения за детьми в течение года последние использовали для ухода за полостью рта, по завершении им санации, зубные щётки «KIDS» экстрамягкая (R.O.C.S.) и зубную пасту «PRO KIDS, Лесные ягоды» (R.O.C.S.). Степень поражения зубов кариесом определяли с помощью общепринятых показателей (распространённость (%), и интенсивность (кп, кп+КПУ).

Полученный в результате клинического исследования цифровой материал обработан на ПК с использованием специализированного пакета для статистического анализа - «Statistica for Windows v. 6.0» Различия между сравниваемыми группами считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Установлено, что независимо от степени активности кариозного процесса (декомпенсированный кариес), чаще выявлялась картина микрокристаллизации слюны по IIБ и IIIВ типу ($p < 0,05$), что подтверждает ранее проведённые исследования, свидетельствующие о изменении картины микрокристаллизации слюны у лиц со сниженной резистентностью твёрдых тканей зуба, интенсивным процессом течения кариеса зубов и соматической патологией. В процессе динамического наблюдения за детьми до-

стоверного изменения морфологической картины твёрдой фазы ротовой жидкости не произошло ($p \geq 0,05$), очевидно это обусловлено хронически протекающей сопутствующей эндокринной патологией. Установлено, что дети, страдающие сахарным диабетом I типа, чаще, чем здоровые дети, страдают воспалительной патологией пародонта, а кариес зубов у них протекает более интенсивно, чем у детей, не имеющих соматических заболеваний.

Заключение

Результаты проведённого исследования показали, что для поддержания стоматологического здоровья детей, страдающих сахарным диабетом, следует ежеквартально выполнять им профессиональные лечебно-профилактические мероприятия с использованием средств по уходу за полостью рта с учётом возраста пациентов.

Литература

1. Пузикова О.Ю., Леонтьев В.К., Сунцов В.Г. О комплексном изучении состава слюны. – Пермь, 1972. – 114 с.
2. Сунцов В.Г., Леонтьев В.К., Дистель В.А., Вагнер В.Д. Стоматологическая профилактика у детей. – М.: Медицинская книга; Н.Новгород: Изд-во НГМА, 2001. – 344 с.
3. Li A., Ho T.C. The effectiveness of continuous subcutaneous insulin infusion on quality of life of families and glycaemic control among children with type 1 diabetes: A systematic review // JBI Libr. Syst. Rev. – 2011. – 9(48). – P. 1–24.
4. Tabatabaei-Malazy O., Nikfar S. Drugs for the treatment of pediatric type 2 diabetes mellitus and related co-morbidities // Expert. Opin. Pharmacother. – 2016.
5. Vijayakumar P., Nelson R. G. HbA1c and the Prediction of Type 2 Diabetes in Children and Adults // Diabetes Care. – 2016.

Исследование эффективности применения зубных паст с разными активными компонентами

С. Б. Улитовский,
проф., зав. каф.*¹

А. В. Антипова,
ассистент*¹

*Кафедра стоматологии профилактической.

¹ ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (197022, г. Санкт – Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6-8).

На сегодняшний день особое место в стоматологии занимает профилактика стоматологических заболеваний. Основной мерой, направленной на предотвращение стоматологических заболеваний, является индивидуальная гигиена рта. В настоящее время существует огромный выбор средств оральной гигиены, в том числе и зубных паст, поэтому перед врачом-стоматологом, гигиенистом стоматологическим и пациентом стоит проблема их выбора в соответствии с конкретной ситуацией во рту у каждого пациента.

Целью работы является исследование эффективности применения отдельных зубных паст с различными активными компонентами.

Материал и методы исследования. Для исследования эффективности применения отдельных зубных паст с разными активными компонентами использовались зубные пасты «Special Blackwood» и «Special Siberry». В исследовании эффективности их применения принимали участие пробанты в возрасте от 50 до 70 лет. Они были разделены на две группы: 1 группа – лица, использовавшие зубную пасту «Special Blackwood»; 2 группа – лица, использовавшие зубную пасту «Special Siberry», по 26 человек в каждой группе.

В исследовании оценивались следующие индексы: индекс гигиены Грина – Вермил-

лиона (1964), пародонтальный индекс РМА (Pama, 1960), индекс кровоточивости по Мюхлеман и Сон (1971).

Результаты исследования и их обсуждение. В результате проведенного эксперимента было установлено, что за весь период в 1 и 2 группе происходило снижение значений цифровых показателей индекса гигиены Грина – Вермиллиона, пародонтального индекса РМА и индекса кровоточивости по Мюхлеман и Сон.

Данные изменения значений показателей индексов сопровождалось одновременно увеличением значений очищающего эффекта, противовоспалительной и кровеостанавливающей эффективности. Это обусловлено тем, что в своем составе зубные пасты, используемые в группах, содержат активные компоненты, оказывающие очищающее, противовоспалительное и кровеостанавливающее действия на органы и ткани рта, тем самым способствуя улучшению гигиенического и стоматологического статуса пациента.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о том, что используемые средства гигиены обладают выраженным очищающим, противовоспалительным и кровеостанавливающим действием на твердые и мягкие ткани рта, обусловленные входящими в их состав активными компонентами.

Особенности психологической подготовки детей к лечению зубов

Васянина А.А.,

к.м.н., доцент кафедры стоматологии профилактической ПСПбГМУ

Фундамент детской стоматологии строится на способности врача управлять поведением ребенка во время стоматологического вмешательства.

Целью врача является формирование у пациента позитивного отношения к лечению зубов. Основная задача стоматолога – постепенно шаг за шагом, привить ребенку позитивное отношение к стоматологии.

Страх и беспокойство влияют на поведение ребенка и во многом определяют успех стоматологического вмешательства. Отказы от лечения зубов среди детей в зависимости от возраста составляют 11- 35%. В стоматологическом кресле при плановой санации от лечения зубов отказывается 5 % детей младшего школьного возраста (Киселева Е.Г., 2006).

Первое посещение врача-стоматолога, позволяет ребенку наладить контакт с врачом, получить положительный эмоциональный опыт лечения зубов. Врач в первое посещение может наладить дружескую коммуникацию с ребенком и установить положительный психологический контакт с ребенком. Положительный контакт с ребенком устанавливается через вербальную и невербальную связь. Невербальная связь устанавливается через: зрительный контакт, доброжелательную улыбку, покачивание головой в такт словам пациента, особым положением тела по отношению к ребенку, легким пожатием руки ребенка и прикосновением к плечу. Врач может завести ребенка в кабинет за руку и помочь ему сесть в кресло. Расстояние между

врачом и пациентом устанавливается на расстоянии 120-180см – это зона социального контакта.

Для успешной коммуникации с пациентом нам необходимо установить положительную вербальную связь. Вербальная связь предполагает использование домашнего или уменьшительного имени ребенка. В начале общения можно сделать комплимент внешнему виду пациента. Возможными темами для общения могут быть книги, увлечения, мультфильмы, компьютерные игры, домашние животные. Голос врача должен быть мягким, но решительным и требовательным. Речевые конструкции при общении с ребенком должны быть простые и понятные. Во время осмотра и лечения ребенок должен слушать, смотреть и помогать врачу.

При работе с детьми особое значение придается первому посещению врача стоматолога. Во время первого посещения рекомендуется провести внешний осмотр и осмотр полости рта ребенка. Урок гигиены – контролирующую чистку зубов. Так же в первое посещение мы можем провести профессиональную гигиену полости рта, герметизацию фиссур, покрытие зубов фторлаком, рентгенографию.

Для закрепления желаемого положения поведения ребенку можно подарить подарок. Подарок можно использовать как аванс хорошего поведения пациента в будущем.

Особенности общения с детьми при лечении зубов заключается в следующем. Ребенку

необходимо давать достаточное количество времени для снятия напряжения, расслабления и подготовки к лечению. Врач должен уметь понятно, правильно и грамотно объяснить ребенку, что будет происходить во время лечебных манипуляций. Давая объяснения, касающиеся лечения, врачу следует говорить на понятном ребенку языке, который соответствует психологическому возрасту пациента и его способностям к восприятию (HendrikJ., SchnellerT., 1992).

Ребенку подробно объясняют, что он должен сидеть спокойно, держать рот открытым, опустить руки. Ребенок обязательно должен понимать, что он всегда может прервать лечение при появлении неприятных или болезненных ощущений, он может использовать такие стоп-сигналы как голосовой сигнал или поднятие левой руки. При проведении беседы можно использовать «вторичный язык», который способствовал бы появлению и усилению у ребенка необходимых положительных ассоциаций. При проведении беседы можно использовать «вторичный язык», который способствовал бы появлению и усилению у ребенка необходимых положительных ассоциаций. Врач должен дать понять пациенту, что он знает о его страхе перед лечением и не считает, что бояться – «стыдно» (Blinkhorn A.S., MacKie I.S., 1993). Нельзя оставлять ребенка наедине с его переживаниями. Не стоит приукрашивать лечебные мероприятия. Ребенок должен знать, что во время лечения он может испытывать неприятные ощущения: покалывания, пощипывание, онемение, болевые ощущения различной интенсивности. Использование методики: «Рассказывай, показывай, делай». Рассказывая о лечении зубов, мы должны использовать речевые конструкции понятные детям, при этом общаться с ребенком необходимо на уровне его понимания или несколько выше. Важное значение при подготовке ребенка к лечению зубов, играет понимание его возрастных особенностей.

При работе с тревожными детьми и детьми с негативными отношениями к стоматологическим манипуляциям, для снятия тревоги и напряжения необходимо показать ребенку бормашину и стоматологические инстру-

менты, продемонстрировать основные этапы лечения, воздействуя на все чувства ребенка. Также боязливым детям можно дать подержать стоматологический наконечник и продемонстрировать этапы лечения зуба на модели: «просверлить» и запломбировать дырочку.

Анестезия – это психологически сложный и важный этап лечения, от которого зависит дальнейшее поведение ребенка во время лечения зубов. Проведение анестезии для многих пациентов является одним из неприятных этапов лечения у стоматолога. При проведении анестезии необходимо проявлять спокойствие. Перед проведением анестезии обязательно необходимо использовать аппликационную анестезию. Шприц надо следует держать вне поля зрения ребенка. При проведении анестезии все время разговаривайте с ребенком. Предупредите ребенка, какие области лица немеют.

Обработка полости и постановка пломбы. Перед лечением зубов можно заключить соглашение с ребенком, что вы будете лечить (сверлить) зуб на счет от одного до пяти, делая перерывы. Условия договора надо обязательно соблюдать. В процессе работы делайте, то, что вы обещали. Не начинайте лечение, если ребенок не понял, что от него требуют и если ребенок еще не готов. При обработке и пломбировании кариозной полости подбадриваем пациента, напоминая, что лечение скоро закончиться. Рассказываем о том, что будет в следующее посещение. Даем время на отдых, настрой, расслабление. Обязательно хвалим ребенка в присутствии родителей за успехи. Не забываем про подарок. Даем положительный прогноз на следующую встречу. Говорим добрые слова на прощание с пациентом и его родителями.

Психологические стратегии в общении с беспокойными пациентами

Для успешной работы с беспокойными пациентами необходимо создать теплую, дружелюбную обстановку в клинике. При встрече приветствовать пациента искренно, называя по имени. Создать форму общения в зависимости от возраста, социального статуса и пола пациента. При каждой возможности

успокаивайте пациента, говорите о том, что интересует ребенка. Слушайте пациента, позволяйте ему комментировать свое поведение. Никогда не противоречьте пациенту, не пугайте и расстраивайте его во время приема. Поощрение и согласие позволяют добиться от пациента большего чем угроза и наказание. Не спрашивайте и не рассказывайте в первое посещение слишком много. Объясняя и рассказывая этапы лечения, используйте простые, понятные слова. Используйте систему личных наблюдений. Покажите пациенту его зубы, налет, прикус, патологические карманы, покажите и объясните то, что можно увидеть на рентгеновском снимке. Дополните примерами и научными данными ситуацию пациента.

Необходимые качества стоматолога педиатра

Отказ от любых способов насилия. Понимание мира ребенка, умение смотреть на ситуацию его глазами, принимать его страхи. Дружелюбие, теплота, знания возрастных особенностей детей для удовлетворения их потребностей в эмоциональной поддержке и стабильности. Представление о том, что психическое состояние ребенка важнее сиюминутных клинических потребностей – «Лечим ребенка, а не зуб!». Терпение, необходимое при работе с детьми. Умение учиться, приобретать, накапливать и изобретать специальные навыки общения.

Профессиональные качества, необходимые стоматологу для работы с детьми

Высокий уровень эмпатии. Хорошие коммуникативные навыки (умение входить в доверие и быть искренним). Умение управлять поведением, объясняя, информируя и давая указания. Соблюдение соответствия между тем, что врач говорит и тем, что делает. Умение удовлетворять эмоциональные потребности пациента. Умение проявлять понимание и слушать. Умение работать без эмоционального вовлечения в ситуацию. Умение учитывать особенности личности пациента. Умение быстро и качественно выполнять мануальную работу.

Профессиональные навыки детского стоматолога

Умение снимать страх и тревогу перед лечением психологическими приемами и медикаментозными методами. Проведение качественного обезболивания. Обучение ребенка умению преодолевать и сдерживать страх. Обучение родителей методам подготовки детей к лечению зубов. Создание долговременных доверительных взаимоотношений с ребенком.

Применение психологической коррекции детей при лечении зубов дает возможность расширить контингент пациентов за счет тех, кто раньше уклонялся от него, позволяет более тщательно препарировать зубы и качественно пломбировать, сохраняет энергию, обеспечивает гармонию взаимоотношений с пациентами. Психологическая профилактика страха перед стоматологическими манипуляциями – главная составляющая в комплексе мер профилактики стоматологических заболеваний.

Литература

1. Киселева Е.Г. Формирование долгосрочных взаимоотношений стоматологов с детьми и родителями для профилактики и лечения стоматологических заболеваний: Автореф. Дис. ...д-ра мед. наук. – М., 2006.- 44с.
2. Бойко В.В. . Врач, ребенок, родитель. Психология и менеджмент в стоматологии. Том VI, 2013, 520 с.
3. Blinkhorn A.S. und Mac Kie I.C. Practical Treatment Planning for the Paedodontic Patient// Quintessent, Chicago, 1993

Актуальные вопросы медицинского освидетельствования при зубочелюстных аномалиях

Л. Н. Солдатова,¹
О. Н. Петрова²

¹) Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии;
Городской стоматологический центр «Альфа-дент»,
г. Санкт-Петербург

²) Главный центр военно-врачебной экспертизы
Министерства обороны Российской Федерации

Аннотация

В статье указывается, что важнейшей составляющей в подготовке офицеров и рядового состава Вооруженных Сил Российской Федерации является состояние их здоровья, в том числе стоматологического.

Обсуждается порядок организации и проведения медицинского освидетельствования указанных граждан который определяется Положением о военно-врачебной экспертизе от 4 июля 2013 года № 565. При этом подчеркивается, что в настоящее время ортодонтическая помощь в Вооруженных силах Российской Федерации практически не оказывается, ввиду отсутствия специалистов.

Ключевые слова: подростки, призывники, курсанты, военно-врачебная комиссия, медицинское освидетельствование, зубочелюстные аномалии.

L.N. Soldatova,¹ O.N. Petrova²

¹) City dental center "Alfa-Dent", St. Petersburg

²) Main center of military-medical examination of Ministries of Defence of the Russian Federation

Abstract

It is specified in article that the major component in training of officers and ordinary structure of the Armed Forces of the Russian Federation is the condition of their health, including dental. The order of the organization and performing medical examination of the specified citizens which is defined by the Provision on military-medical examination of July 4, 2013 No. 565 is discussed. At the same time it is emphasized that now orthodontic help in the Armed Forces of the Russian Federation is practically not given, in view of absence of experts.

Key words: teenagers, recruits, cadets, military-medical commission, medical examination, dentoalveolar anomalies.

Реализация конституционных прав граждан [6] на получение образования в военных образовательных организациях высшего образования закреплена в Федеральном законе от 28 марта 1998 года № 53-ФЗ «О воинской обязанности военной службе» [7] согласно которому граждане, поступающие в военные

образовательные организации, далее – военно-учебные учреждения (ВУУ), должны соответствовать требованиям, установленным для граждан, поступающих на военную службу по контракту, в том числе по состоянию их здоровья. Не менее важное значение имеет отбор граждан, призывающихся для

прохождения военной службы по призыву, продолжительность которой на сегодняшний день сокращена до 1 года.

В начале XXI века в России следует ожидать увеличения потребности подросткового и молодого населения нашей страны в различных видах стоматологической помощи, в том числе и ортодонтической [2,3,8]. По г. Санкт-Петербургу показатель числа леченных постоянных зубов к числу удалённых постоянных зубов у детей до 14 лет составил в 1993 году 25 : 1, в то время как в 1990 году значение этого показателя было 64 : 1 [1]. Существенно в те годы изменился и другой, качественный показатель оказания стоматологической помощи детям и подросткам – соотношение числа зубов, леченных по поводу неосложнённых форм кариеса, к числу зубов, леченных по поводу осложнённых форм кариеса. По г. Санкт-Петербургу у детей до 14 лет в 1991 году этот показатель составил 14 : 1, а в 1994 году – 1 : 1 [1].

Изучение встречаемости ЗЧА у молодых людей в современных условиях экономического развития нашей страны и системы её здравоохранения позволяют оценить эффективность и качество оказания им стоматологической помощи [4,5,11,12]. Порядок организации и проведения медицинского освидетельствования указанных граждан определяется Положением о военно-врачебной экспертизе, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 4 июля 2013 года № 565 (далее – Положение о ВВЭ) [9].

Заключение о категории годности к военной службе ВВК выносит по графе I расписания болезней (приложение к Положению о ВВЭ), которое содержит базовые требования к состоянию здоровья граждан, поступающих в военно-учебные заведения. В расписании болезней применяются показатели предназначения для прохождения военной службы А-2, Б-2 [9]. Приказом Министра обороны Российской Федерации от 20 октября 2014 г. № 770 «О мерах по реализации в Вооруженных Силах Российской Федерации правовых актов по вопросам проведения военно-врачебной экспертизы» (далее – приказ Министра обороны РФ 2014 года № 770) установлены дополнительные требования к

состоянию здоровья [10]. Раздел IX «Требования к состоянию здоровья, предъявляемые к гражданам, проходящим военную службу, не имеющим офицерских званий, и гражданам, не проходящим военную службу, при определении их годности к обучению в военно-учебных заведениях» (приложение № 1 к указанному приказу) содержит: показатели физического развития; перечень болезней и статей расписания болезней; перечень конкретных военно-учебных учреждений с конкретным профилем обучения. В примечании к данному разделу определен порядок применения показателя предназначения для прохождения военной службы.

Граждане при наличии заболеваний, увечий, по которому расписанием болезней предусматривается Д - негодность к военной службе, в том числе Г - временная, В - ограниченная годность к военной службе признаются не годными к поступлению в военно-учебные заведения. Граждане при наличии заболеваний, увечий, по которому разделом IX (приложение № 1 к приказу Министра обороны РФ 2014 года № 770) предусматривается негодность к обучению, так же признаются не годными к поступлению в военно-учебные заведения. Признаются не годными к обучению во всех военно-учебных заведениях граждане, поступающие в военно-учебные заведения, при наличии у них увечий, заболеваний по которым в I графе расписания болезней предусматриваются показатели предназначения для прохождения военной службы 3 и 4, а для поступающих в военно-учебные заведения Воздушно-десантных войск, другие военно-учебные заведения с воздушно-десантной подготовкой - увечий, заболеваний - показатели предназначения для прохождения военной службы 2-4 [10].

При освидетельствовании лиц с челюстно-лицевыми аномалиями, дефектами, деформациями, последствиями увечий, другими болезнями и изменениями зубов и их опорного аппарата, болезнями челюстей, в том числе и с аномалией прикуса применяется статья 5б расписания болезней. Граждане с аномалией прикуса первой степени с жевательной эффективностью менее 60% и с аномалией прикуса второй степени с разобще-

нием прикуса от 5 до 10 мм с жевательной эффективностью менее 60% освидетельствуются по пункту «б» статьи 56 расписания болезней графы I расписания болезней и признаются В – ограниченно годными к военной службе и не годными к поступлению в военно-учебное заведение. Граждане с аномалией прикуса второй степени с разобщением прикуса от 5 до 10 мм с жевательной эффективностью более 60%, лечение которого проводится методом брекет-систем, освидетельствуются по пункту «в» статьи 56 расписания болезней графы I расписания болезней и признаются Б – годными к военной службе с незначительными ограничениями и показателем предназначения для прохождения военной службы. С учетом требований к состоянию здоровья отдельных категорий граждан (раздел IX приложения № 1 к приказу Министра обороны РФ 2014 года № 770) указанные граждане признаются не годными к обучению во всех военно-учебных заведениях и не годными к поступлению во все военно-учебные заведения.

Наличие у граждан назубных несъемных ортодонтических аппаратов (брекет-систем), как метода лечения аномалии прикуса первой степени (смещение зубных рядов до 5 мм включительно) не препятствует прохождению военной службы и поступлению в военно-учебные учреждения.

Наличие у граждан ЗЧА I степени (смещение зубных рядов до 5 мм включительно) не препятствует прохождению военной службы, а также поступлению в военно-учебные учреждения и училища. При аномалиях прикуса II-III степени с разобщением прикуса более 5 мм или жевательной эффективностью менее 60 процентов по Н.И. Агапову [2], а также ЗЧА II степени с разобщением прикуса от 5 до 10 мм с жевательной эффективностью менее 60 процентов по Н.И. Агапову [2] или при ЗЧА II степени с разобщением прикуса более 10 мм (без учёта жевательной эффективности), а также при ЗЧА II степени с разобщением прикуса от 5 до 10 мм с жевательной эффективностью 60 и более процентов, заключение о категории годности к военной службе военно-врачебные комиссии выносят с учётом ряда факторов. В частности, учитываются степень наруше-

ния функций дыхания, обоняния, жевания, глотания и речи, а также соответствующие графы (I – IV) расписания болезней, исходя из категории граждан проходящих медицинское освидетельствование, а именно: первоначальная постановка на воинский учёт или призыв на военную службу, при прохождении военными служащими военной службы по призыву или контракту (в том числе для офицеров запаса, не проходивших военную службу, при призыве их на военную службу и военные сборы), а также для граждан, предназначенных для прохождения военной службы на подводных лодках [6,7].

Необходимо отметить наличие определённого количества призывников и абитуриентов, имеющих ЗЧА третьей степени тяжести при нарушении функции жевания более 60% [2,4], что свидетельствует о дефектах работы военно-врачебных комиссий, которые призваны заниматься освидетельствованием молодых людей. Это очевидно связано с тем, что врачи стоматологи-ортодонты не принимают участия в работе военно-врачебных комиссий. Такие комиссии обычно функционируют при районных военных комиссариатах, а также сборных призывных пунктах. Полагаем, что помочь в решении этого вопроса на современном этапе военного здравоохранения могут телеконсультации с врачами стоматологами-ортодонтами, которые могут проводиться во время медицинского освидетельствования молодёжи и работы военно-врачебных комиссий.

Литература

1. Иорданишвили, А.К. Стоматологические заболевания у подростков / А.К. Иорданишвили, А.М. Ковалевский // Подростковая медицина: руководство для врачей / под ред. Л.И. Левиной, А.М. Куликова. – СПб.: Питер, 2004. – С. 462 – 475.
2. Иорданишвили, А.К. Клиническая ортопедическая стоматология / А.К. Иорданишвили. – М.: МедПресс, 2008. – 208 с.
3. Иорданишвили, А.К. Возрастные изменения жевательно-речевого аппарата / А.К. Иорданишвили. – СПб.: Изд-во «Человек», 2015. – 140 с.
4. Иорданишвили, А.К. Стоматологические заболевания у лиц призывного возраста /

А.К. Иорданишвили, А.А. Солдаткина // Вестник Российской Военно-медицинской академии. – 2015. - № 4 (52). – С. 106 – 108.

5. Иорданишвили, А.К. Заболевания органов и тканей полости рта у лиц молодого возраста / А.К. Иорданишвили, А.А. Солдаткина // Институт стоматологии. – 2015. - № 3 (68). – С. 38 – 40.

6. Конституция Российской Федерации от 12 декабря 1993 г.

7. Федеральный закон от 28 марта 1998 г. № 53-ФЗ «О воинской обязанности военной службе».

8. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

9. Постановление Правительства Российской Федерации от 4 июля 2013 г. № 565 «Об утверждении Положения о военно-врачебной экспертизе».

10. Приказ Министра обороны Российской Федерации от 20 октября 2014 г. № 770 «О мерах по реализации в Вооруженных Силах Российской Федерации правовых актов по вопросам проведения военно-врачебной экспертизы».

11. Banks P. A prospective 20-year audit of a consultant workload // The British orthodontic society clinical effectiveness bulletin. – 2010. – Vol. 25. – P. 15 – 18.

12. Proffit, W. Contemporary Orthodontics Pass Code. / W. Proffit, M. David. Sarver, Henry W Fields. // – Mosby. – 2006. – P.356-375.

Влияние факторов летного труда на течение патологии пародонта

А.К. Иорданишвили, д.м.н., профессор^{1,2}

В.А. Гук²

¹⁾ Северо-Западный гос. мед. университет им. И.И. Мечникова

²⁾ Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

Резюме

В ходе обследования 117 мужчин в возрасте от 25 до 55 лет, являющихся лётным составом гражданской авиации, изучена частота встречаемости и особенности клинического течения заболеваний пародонта. Установлено, что при удовлетворительной индивидуальной гигиене полости рта частота встречаемости гингивита, пародонтита и пародонтоза у лётного состава составляет соответственно, 47,5%, 29,2% и 2,5%. В протезировании зубов нуждались 26,7% лётчиков, а индекса УСП = 56,3%, что соответствовало удовлетворительному урону оказания им стоматологической помощи.

Ключевые слова: заболевания пародонта, гингивит, пародонтит, пародонтоз, лётный состав, гражданская авиация, бруксизм, гигиена полости рта.

52

Influence of factors of flight work on the course of pathology of parodont

A.K. Iordanishvili^{1,2}, V.A. Guk²

¹⁾ Mechnikov North-West State Medical University, Saint-Petersburg

²⁾ S.M. Kirov Military Medical Academy, Saint-Petersburg

Resume

During clinical inspection of 117 men aged from 25 up to 55 years which are aircrew of civil aviation of the Russian Federation the frequency of occurrence and feature of clinical course of parodontitis is studied. It is established that with a satisfactory individual hygiene of an oral cavity, the frequency of occurrence of gingivitis, periodontitis and parodontosis by the aircrew is respectively, 47,5%, 29,2% and 2,5%. 26,7% of pilots needed dental treatment, but the USP index about 56,3% corresponded the normal stomatologic treatment of an aircrew.

Keywords: diseases of parodont, gingivitis, periodontitis, parodontosis, aircrew, civil aviation, bruxism, hygiene of oral cavity.

Введение

Стоматологическому здоровью лётного состава уделяется недостаточное внимание, так как заболевания зубов, пародонта и слизистой оболочки полости рта обычно не приводят к состоянию организма лётчика, которое делает его по состоянию здоровья негодным для выполнения лётной работы [1, 3, 5]. Чаще к профессиональной непри-

годности лётного состава гражданской авиации проводит утрата естественных зубов, а также хронические воспалительные процессы челюстно-лицевой локализации [4, 6, 10]. В литературе имеются единичные сведения о стоматологической патологии у лётного состава, в том числе гражданской авиации [2, 7, 11]. В тоже время в отечественной и зарубежной литературе отсутствуют све-

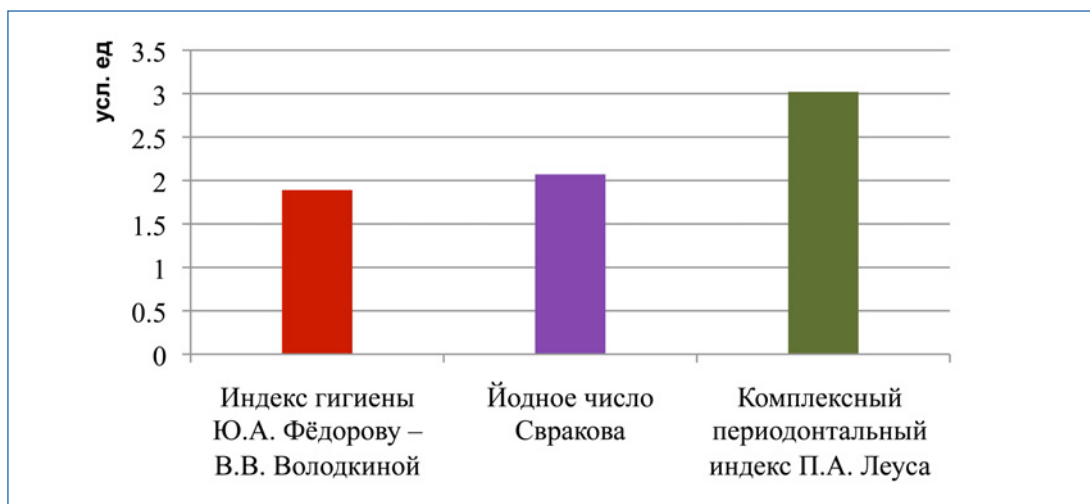


Рис. 1. Средние показатели гигиены полости рта у летного состава гражданской авиации РФ, (усл. ед.).

дения о частоте встречаемости и особенностях клинического течения заболеваний пародонта, которые часто сопровождаются хроническим воспалительным или дистрофическим процессом в околозубных тканях, часто приводящих к преждевременной утрате естественных зубов [4, 8], а также часто сопровождается бруксизмом, приводящим к возникновению генерализованной формы повышенной стираемости зубов, что существенно усложняет устранение дефектов зубных рядов зубными протезами, в том числе у летного состава, так как наличие у них съёмных зубных протезов обычно является противопоказанием к выполнению летной деятельности [6, 9].

Цель исследования

Цель исследования - изучить особенности клинического течения заболеваний пародонта у летного состава гражданской авиации России.

Материал и методы исследования

Проведено стоматологическое обследование 117 мужчин в возрасте от 25 до 55 лет, являющихся летным составом гражданской авиации (кроме вертолётной авиации) Российской Федерации. Продолжительность профессиональной деятельности лётчиков была от 4 до 15 лет, часы налёта составляли от 1125 до 5125. Частоту встречаемости и

нуждаемость пациентов в лечении и протезировании зубов оценивали в процентах. Для оценки индивидуальной гигиены полости рта использовали индекс Ю.А. Фёдорова – В.В. Володкиной, для объективной оценки состояния тканей пародонта определяли йодное число Свракова и использовали комплексный периодонтальный индекс П.А. Леуса. Уровень стоматологической помощи оценивали по индексу УСП в процентах [4]. Полученный в результате исследования цифровой материал был обработан на ПК с использованием специализированного пакета для статистического анализа - «Statistica for Windows v. 6.0». Различия между сравниваемыми группами считались достоверными при $p < 0,05$. Случаи, когда значения вероятности показателя «р» находились в диапазоне от 0,05 до 0,10 – расценивали как «наличие тенденции».

Результаты и обсуждение

Анализ стоматологического здоровья показал, что индивидуальная гигиена полости рта у летного состава была удовлетворительной, значение индекса индивидуальной гигиены полости рта по Ю.А. Фёдорову – В.В. Володкиной составило $1,89 \pm 0,12$ усл. ед. несмотря на это частота встречаемости гингивита у летного состава 47,5%, а нуждаемости в снятии отложений зубного камня – 54,2%. Дистрофические поражения тканей



Рис.2. Нуждаемость в протезировании летного состава гражданской авиации РФ, (%)

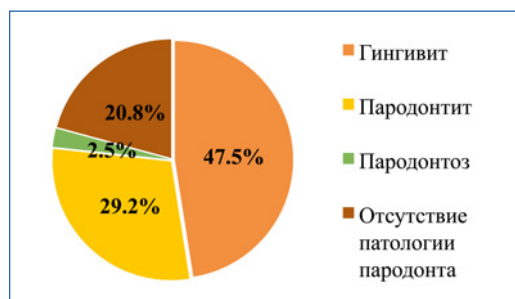


Рис. 3. Частота встречаемости заболеваний пародонта у летного состава гражданской авиации РФ, (%).

пародонта были диагностированы у 2,5% лётчиков, а нуждаемость в лечении пародонтита составила среди них 29,2% (рис.1). При этом значение йодного числа Свракова было $2,07 \pm 0,19$ усл. ед. а значение показателя КПИ составило $3,2 \pm 0,21$ усл. ед. (рис.2), что свидетельствовало о средней степени тяжести течения у них воспалительной патологии пародонта.

В протезировании зубов нуждались 26,7% лётчиков (рис.3), при этом значение уровня стоматологической помощи составило (индекс УСП) 56,3%, что соответствовало удовлетворительному уровню оказания стоматологической помощи лётному составу гражданской авиации.

Заключение

Заболевания пародонта у лётного состава гражданской авиации встречаются достаточно часто (в 79,2% случаев), среди которых чаще выявляются генерализованные формы пародонтита (29,5%), гингивита (47,5%), реже – дистрофической патологии тканей пародонта пародонтоза (2,5% случаев). В ходе плановых углубленных осмотров или врачебно - лётной экспертизы лётного состава гражданской авиации необходимо выявлять лётчиков, имеющих клинические признаки заболеваний пародонта, и направлять их в лечебно-профилактические учреждения для уточнения диагноза и степени тяжести течения этой патологии, а также проведения специализированного лечения. Врачам-стоматологам, при проведении плановых углубленных осмотров или врачебно-

лётной экспертизы лётного состава гражданской авиации, целесообразно проводить углублённое изучение пародонтологического статуса. Это, при минимальных затратах времени, позволит существенно повысить эффективность выявления у лётчиков заболеваний пародонта, а также своевременно проводить лечебно-профилактические мероприятия для профилактики ранней утраты естественных зубов вследствие воспалительной или дистрофической патологии околозубных тканей, так как 26,7% лётчиков на настоящий момент нуждаются в стоматологическом ортопедическом лечении в связи с частичной утратой зубов.

Литература

1. Иорданишвили, А.К. Стоматологические заболевания у лётного состава / А.К. Иорданишвили. – СПб.: Изд-во «Ривьера», 1996. – 76 с.
2. Иорданишвили, А.К. Морфофункциональная оценка жевательного аппарата у различных категорий лётного состава (клинико-экспериментальное исследование): автореф. дис. ... д – ра мед. наук / А.К. Иорданишвили. – СПб.: Изд-во ВМедА им. С.М. Кирова, 1998. – 38 с.
3. Иорданишвили А.К. Возрастные изменения жевательно-речевого аппарата / А.К. Иорданишвили. – СПб.: Изд-во «Человек», 2015. – 140 с.
4. Иорданишвили А.К., Солдатов С.В., Рыжак Г.А., Солдатова Л.Н. Лечение пародонтита в пожилом и старческом возрасте. – СПб.: МА-НЭБ – Нордмедиздат, 2011. – 128 с.

5. Иорданишвили А.К. и др. Стоматологическое здоровье нации и пути его сохранения // Пародонтология. 2015. № 1 (74). С. 78-80.
6. Костур Б.К. Возрастные показания к выбору комплекса методов исследования функции жевательного аппарата Б.К. Костур. – Л.: Медицина, 1978. – 32 с.
7. Музыкин, М.И. Периоститы челюстей и их лечение / М.И. Музыкин, А.К. Иорданишвили, Г.А. Рыжак. – СПб.: Изд-во «Человек», 2015. – 112 с.
8. Орехова Л.Ю., Осипова М.В. Роль врача-пародонтолога в диагностике общесоматической патологии // Пародонтология. 2010. № 4 (57). С. 20-23.
9. Орехова и др. Метаболические аспекты патогенеза воспалительных заболеваний пародонта у больных сахарным диабетом // Пародонтология. 2012. № 3 (64). С. 7-11.
10. Farman, A.G. The basics of maxillofacial cone beam computed tomography / A.G. Farman, W.C. Scarfe // Seminars in Orthodontics. – 2009. – Vol. 15, № 1. – P. 2–13.
11. Yan F. Glicosaminoglycans in gingival crevicular fluid of patients with periodontal class II furcation involvement before and after guided tissue regeneration. A pilot study / F. Yan, R. Marshall, P.M. Bartold // J. Periodontol. – 2000. – Vol. 71. – P.1-7.

Подводя итоги: «13-я научно-практическая стоматологическая конференция «Февральские встречи в Петербурге»

С.Б. Улитовский

профессор, д.м.н.,
заслуженный врач РФ,
заслуженный стоматолог СТАР,
академик ПАНИ и МАНЭБ,
зав. кафедрой стоматологии профилактической
зам. директора по научной работе НИИ Стоматологии и ЧЛХ ПСПбГМУ им. И.П. Павлова,
председатель секции «Коммунальной стоматологии и профессиональной гигиены» СТАР,
президент Ассоциации гигиенистов стоматологических СПб и ЛО,
эксперт по НМО СТАР

56

17 февраля 2018 г. в Санкт-Петербурге прошла традиционная, тринадцатая по счету научно-практическая стоматологическая конференция «Февральские встречи в Петербурге». Когда тринадцать лет назад мы выбрали время для проведения конференции, мы нашли светлый промежуток в середине февраля, так как все остальное время было занято стоматологическими мероприятиями по всей России, но тогда не было мероприятий по непрерывному медицинскому образованию (НМО)... Сейчас из-за этой новой формы проведения усовершенствования врачей и среднего медицинского персонала, мероприятий стало еще больше. Наше мероприятие также было зарегистрировано в рамках НМО, что безусловно привлекло к участию в мероприятии практикующих врачей, тем более, что оно было бесплатным для посещения. Конференция продолжалась на протяжении всего рабочего дня, в ней приняли участие 471 человек. Конференция началась с приветственного слова декана стоматологического факультета профессора Ткаченко Татьяны Борисовны, после нее с добрыми напутствиями выступил начальник сектора стоматологии

комитета здравоохранения СПб, доцент Григорьев В.А.

После этого конференция приступила к работе. С первым докладом выступил профессор Улитовский С.Б. президент Ассоциации гигиенистов стоматологических СПб и ЛО с отчетом за прошедший период. За этот период были проведены – Чемпионат профессионального мастерства по профилактической стоматологии среди врачей СТАР, 6-й чемпионат профессионального мастерства среди студентов СПб в номинации «Профилактическая стоматология», который состоялся 26 мая 2017 г. и проходил на территории НИИ Стоматологии и ЧЛХ. На рис. 1-4 представлены этапы проведения Чемпионата профессионального мастерства.

На протяжении последних нескольких лет АГС СПб и ЛО проводила Чемпионат профессионального мастерства среди гигиенистов стоматологических города и области. Из года в год мы отмечали одни и те же ошибки, одни и те же недочёты. Каждый год мы описывали их в профессиональных журналах, но грабли так и продолжали лежать на земле, а участники, из года в год продолжали, с каким-то патологическим упорством



Рис. 1. С.Б. Улитовский рассказывает участникам чемпионата о порядке его проведения



Рис. 2. Проведение жеребьевки, для определения последовательности участия в чемпионате

на них наступать. Это и послужило причиной перейти от Чемпионатов ГС к Чемпионатам студенческим, т.к. хочется видеть какие-то результаты, а не выслушивать крайне неквалифицированные рекомендации... и думать откуда все это взялось... Вроде бы читаем лекции... проводим занятия... пишем учебники и учебные пособия... А УРОВЕНЬ ПОДГОТОВКИ СТАНОВИТСЯ ВСЕ

Вывод по всем участникам можно сделать один – требуется больше внимания уделять развитию мануальных навыков и организации рабочего места. Кроме того, следует отметить, что теоретические знания были далеки от совершенства.

Причем, виной этому скорее должен быть достаточно низкий уровень школьной подготовки и плохо тренированная память.

Рис. 3. Работа с пациентами

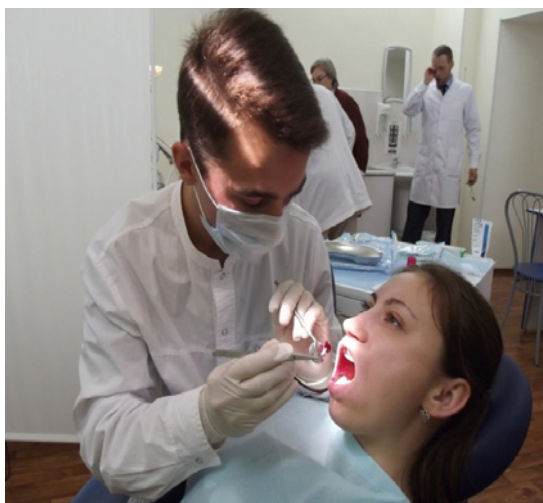


Рис. 4. Награждение участников чемпионата





Рис. 5. Проведение занятий в школе

Рис. 6. Урок гигиены в первом классе

Рис. 7. Индивидуальная работа гигиенистов с младшими школьниками

Большинство студентов показали недостатки логического мышления при решении практических задач.

Из всего это следует сделать выводы, что:

- проводить подобные чемпионаты необходимо, чтобы выявлять недостатки в практической и теоретической подготовке студентов;
- они способствуют наглядной демонстрации самим участникам реального уровня их знаний и умений;
- подобные мероприятия лишают их участников и наблюдателей эйфории по поводу их профессиональных навыков;
- они напротив демонстрируют все слабые места конкурсантов;

- они свидетельствуют о низком уровне контактности студента-гигиениста с пациентом, даже если он знает этого пациента;
- необходимо повышать уровень межличностных взаимоотношений направленных на совершенствования отношений, как внутри профессионального коллектива, так и при работе с пациентом.

Мы продолжаем внедрять образовательные программы среди школьников младших классов и воспитанников детских садов.

Но делать это становится всё сложнее:

- Основная сложность – человеческий фактор.
- Очень сложно подготовить сами презентации.
- С каждым годом они становятся все более примитивными, и это при том, что мы предоставляем базовые презентации, которые можно использовать.
- Гигиенистам все сложнее запомнить и донести до детей тот примитивный материал, который предназначен для данного контингента.
- Все это настораживает...

На рис. 5 – 7 представлены моменты работы со школьниками по занятиям по стоматологическому просвещению (уроки гигиены). В соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 19 марта 2012 г. N 239н "Об утверждении Положения о порядке допуска лиц, не завершивших освоение основных образовательных программ высшего медицинского или высшего фармацевтического образования, а также лиц с высшим медицинским или высшим фармацевтическим образованием к осуществлению медицинской деятельности или фармацевтической деятельности на должностях среднего медицинского или среднего фармацевтического персонала".

В соответствии с частью 5 статьи 69 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724) приказываю: Утвердить прилагаемое Положение о порядке допуска лиц, не завершивших освоение основных

образовательных программ высшего медицинского или высшего фармацевтического образования, а также лиц с высшим медицинским или высшим фармацевтическим образованием к осуществлению медицинской деятельности или фармацевтической деятельности на должностях среднего медицинского или среднего фармацевтического персонала.

Основная цель нашей ассоциации: просветительская и образовательная, поэтому, мы еще поговорим, о таких актуальных вопросах, как ...

После этого перешли к научным докладам. С докладами выступили представители ПСПбГМУ, СПбГУ, ВМедА, СП №19.

Мы также выражаем благодарность за предоставление подарков участникам конференции компании «Колгейт-Палмолив», компании «Вертекс». Во время работы конференции работал книжный киоск, в котором можно было приобрести новейшую литературу по стоматологии профилактической и другим направлениям медицины.

Colgate®

ПРЕДСТАВЛЯЕМ НОВЫЙ СТАНДАРТ УХОДА ЗА ПОЛОСТЬЮ РТА ДЛЯ ЗАЩИТЫ ОТ КАРИЕСА

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПОДТВЕРЖДЕНА 8 ГОДАМИ КЛИНИЧЕСКИХ
ИССЛЕДОВАНИЙ С УЧАСТИЕМ 14.000 ЧЕЛОВЕК



Pro-Argin™
Технология
+
Фторид

- Нейтрализует сахарные кислоты - причину развития кариеса №1^{1,2}
- Реминерализация в 4 раза эффективнее*³
- В 2 раза эффективнее восстанавливает ранние кариозные поражения^{† 4}
- На 20% эффективнее снижает образование новых кариозных полостей^{‡ 5,6}

Фторид



COLGATE.
ЗА БУДУЩЕЕ БЕЗ КАРИЕСА

**Одобрено
Стоматологической
Ассоциацией России**

* По результатам клинического исследования реминерализации в сравнении с фторидсодержащей зубной пастой с таким же содержанием фторида, равным 1450 ppm.

† По результатам 6-месячного исследования оценки улучшения состояния эмали, пораженной кариесом, методом QLF™ (Количественная светоиндуцированная флуоресценция) в сравнении с фторидсодержащей зубной пастой с таким же содержанием фторида, равным 1450 ppm.

‡ По результатам 2-летнего клинического исследования в сравнении с обычной фторидсодержащей зубной пастой с таким же содержанием фторида, равным 1450 ppm.

QLF является товарным знаком компании Inspektor Research Systems BV.

Ссылки: 1. Wolff M, Corby P, Klaczany G et al. J Clin Dent. 2013;24(Spec Iss A):A45-A54. 2. Santaripa P, Lavender S, Gittins E, et al. Submitted for publication in Am J Dent. 3. Cantore R, Petrou I, Lavender S, et al. J Clin Dent. 2013;24(Spec Iss A):A32-A44. 4. Yin Q, Hu DY, Fan X, et al. J Clin Dent. 2013;24(Spec Iss A):A15-A22. 5. Kraivaphan P et al. Caries Res 2013;47:582-590. 6. Hu DY et al. 2013 Data on file. Colgate-Palmolive Company